

KPI ยุทธศาสตร์

ตัวชี้วัดที่	1.ร้อยละของหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์หมู่บ้าน 5G
ยุทธศาสตร์ที่	1.การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	3
คำนิยาม	<p>การจัดการสุขภาพ หมายถึง การที่หมู่บ้าน/ชุมชน มีกระบวนการร่วมกันในการวางแผนด้านสุขภาพ มีการจัดการทรัพยากรเพื่อใช้ในการพัฒนาด้านสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และมีการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ</p> <p>หมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5G หมายถึง หมู่บ้านมีการขับเคลื่อนนโยบายเน้นหนัก 5 ประเด็น ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Good Choice (การสร้างทางเลือกดี) หมายถึง ร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ดี มีมาตรฐาน 2. Good Nutrition (โภชนาการดี) หมายถึง กินดีถูกหลัก เหมาะสมตามวัย ห่างไกล NCDs 3. Good Teeth (สุขภาพฟันดี) หมายถึง ประชาชนสุขภาพช่องปากดี ฟันดีไม่มีผุ 4. Good Health (กาย - ใจดี) หมายถึง ประชาชนหุ่นสวย แร่งดี ไม่มีเครียด 5. Good Environment (สิ่งแวดล้อมดี) หมายถึง ประชาชนอยู่ในครัวเรือนที่สะอาด ตลาดร้านอาหาร และแผงลอยมีมาตรฐาน มีการจัดการที่ดี <p>เครื่องมือการประเมิน</p> <p>เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5G แบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดการปัจจัยนำเข้า <ol style="list-style-type: none"> (1.1) มีทีมสุขภาพในการขับเคลื่อนการพัฒนาระดับหมู่บ้านที่หลากหลาย (1.2) มีการจัดการประชุม/เวทีประชาคมทีมสุขภาพในหมู่บ้าน (1.3) มีการระดมทรัพยากร (คน เงิน ของ) เพื่อใช้ในการพัฒนาหมู่บ้าน 2. การขับเคลื่อนกระบวนการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน <ol style="list-style-type: none"> (2.1) มีการจัดทำแผนสุขภาพโดยทีมสุขภาพของหมู่บ้าน (2.2) มีการจัดกิจกรรมพัฒนาหมู่บ้านตามเกณฑ์หมู่บ้าน 5G <ol style="list-style-type: none"> 2.2.1) กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ <u>ทีมสุขภาพ</u> ของหมู่บ้าน <ul style="list-style-type: none"> - อสม./Caregiver/ผู้นำท้องที่/ผู้นำท้องถิ่น/เครือข่ายสุขภาพ อื่นๆในหมู่บ้าน ฯลฯ 2.2.2) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาหมู่บ้าน 5G/นวัตกรรม ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) Good Choice (การสร้างทางเลือกดี) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> เฝ้าระวังการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในหมู่บ้าน <input type="checkbox"/> มีการตรวจเฝ้าระวังสารปนเปื้อนในอาหาร

มีการตรวจคุณภาพเกลือปรุงอาหาร ในร้านชำ/ครัวเรือน/ร้านจำหน่ายอาหาร ในหมู่บ้าน

2) Good Nutrition (โภชนาการดี)

- มีการประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการทุกกลุ่มวัย
- มีการแยกรองภาวะโภชนาการ ทุกกลุ่มวัย ออกเป็น (1) กลุ่มปกติ (สูงดี สม่ำเสมอ) (2) กลุ่มเตี้ย (3) กลุ่มอ้วน (4) กลุ่มผอม
- กิจกรรมแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ(เตี้ย อ้วน ผอม) ที่เหมาะสมตามวัย
- ส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย ได้รับการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมตามวัย อาหารปลอดภัยและหลากหลายชนิด
- กิจกรรมอื่นๆ ระบุ.....

3) Good teeth (สุขภาพฟันดี)

ประชาชนทุกกลุ่มวัยในหมู่บ้านได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก

4) Good Health (กาย – ใจดี)

- มีส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) ในทุกกลุ่มวัย
 - เด็กปฐมวัยเล่นเปลี่ยนโลก
 - วัยเรียน วัยรุ่น กระโดด โลดเต้นเล่นให้สนุก (Fun for Fit) คีตะมวยไทย
 - วัยทำงาน : ก้าวทำใจ 10 ล้านครอบครัวไทย ร่วมใจออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

- วัยสูงอายุและพระสงฆ์ ออกกำลังกายแบบ E 75

มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต ในทุกกลุ่มวัย

5) Good Environment (สิ่งแวดล้อมดี)

- มีการจัดการสิ่งแวดล้อม/สถานที่ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
 - การพัฒนา ตลาดนัด นำซื้อ (Healthy Market)
 - การพัฒนา Street Food Good Health (อาหารริมบาทวิถี) ตามเกณฑ์มาตรฐาน

- มีครัวเรือนที่สะอาด ภายใต้การจัดการขยะอย่างมีระบบ

2.2.3) การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ มุ่งเน้น เรื่อง หมู่บ้าน 5G ผ่านช่องทาง

หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน

การประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน

เวทีเสวนา เวทีประชาคม

เสียงตามสาย

วิทยูชุมชน

ช่องทางอื่นๆ ระบุ.....

(2.3) การประเมินผลการพัฒนาหมู่บ้าน 5G

หมู่บ้านมีการประเมินผลโดยการเก็บรวบรวมข้อมูล/วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล

หมู่บ้านมีการประชุมสรุปผลงาน/กิจกรรมที่ดำเนินงานเป็นรายไตรมาส

หมู่บ้านมีการประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับแผนที่ตั้งไว้

หมู่บ้านมีการประเมินผลโดยใช้แบบประเมินตนเองเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน
ของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้าน

หมู่บ้านมีการประเมินผลโดย หมอคนที่ 1 (อสม.) จัดทำรายงาน มบ.5G

หมู่บ้านมีการประเมินผลโดยการนำเสนอผลการประเมินเข้าสู่เวทีชุมชนเพื่อนำไปวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3. การเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ ทุกกลุ่มวัยในชุมชน

มีระบบเฝ้าระวังดูแลภาวะสุขภาพเรื่องโภชนาการ

มีการเตรียมทีมเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในหมู่บ้าน

มีการกำหนดวิธีการเฝ้าระวังและควบคุมภาวะทุพโภชนาการ (เตี้ย อ้วน ผอม)

มีแผนที่/ข้อมูลความรู้/พฤติกรรมสุขภาพของหมู่บ้านที่ระบุ กลุ่มเสี่ยง
กลุ่มป่วย

มีกิจกรรมเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการของประชาชนทุกกลุ่มวัย ในหมู่บ้าน
(เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรคด้วยการจัด
กิจกรรมรณรงค์ สร้างกระแส สร้างนโยบายสาธารณะและมาตรการทางสังคมหรือสร้าง
ธรรมนูญสุขภาพ ฯลฯ)

4. เป็นต้นแบบการจัดการสุขภาพ หมู่บ้าน 5G

(4.1) เป็นแหล่งเรียนรู้ศึกษาดูงาน/ศูนย์การเรียนรู้

ทีมสุขภาพของหมู่บ้าน สามารถเป็นวิทยากรในการถ่ายทอดความรู้ให้กับ
ผู้อื่นได้

มีสถานที่เรียนรู้ด้านสุขภาพในหมู่บ้าน

มีแกนนำจากหมู่บ้าน/ชุมชนอื่นๆมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาดูงาน

(4.2) มีบุคคลต้นแบบ/ทีมต้นแบบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน
หมู่บ้าน

5. มีผลลัพธ์และผลกระทบของการพัฒนาหมู่บ้าน 5G

5.1 ร้อยละร้านชำในหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

5.2 ความสำเร็จในการดำเนินงานฝากครรภ์คุณภาพ

5.3 ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเด็กอายุ 0 – 5 สูงดีสมส่วน

5.4 ระดับความสำเร็จของเด็กอายุ 6 – 14 ปี สูงดีสมส่วน

5.5 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

5.6 ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ

5.7 ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ

5.8 ความครอบคลุมการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนทุกกลุ่มวัย

5.9 ความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน

5.10 ระดับความสำเร็จของการพัฒนา ตลาดนัด นำซื้อ (Healthy Market)

5.11 ระดับความสำเร็จของการพัฒนา Street Food Good Health (อาหารริม
บาทวิถี) ตามเกณฑ์มาตรฐาน

	เกณฑ์การประเมิน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ 1. ระดับพื้นฐาน 2. ระดับพัฒนา 3. ระดับดี 4. ระดับดีมาก 5. ระดับดีเยี่ยม					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2561	2562	2563	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หมู่บ้านในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 617 หมู่บ้าน					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบประเมินหมู่บ้าน 5G					
แหล่งข้อมูล	รพท./รพช./สสอ./รพ.สต./อปท./หมู่บ้าน					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้าน 5G ระดับดี					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	วิเคราะห์และสรุปผล 12 เดือน (ตุลาคม 2563 – กันยายน 2564)					
เกณฑ์การประเมิน : - ร้อยละหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้าน 5G ระดับดีขึ้นไป						
	คะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 ≥
วิธีการประเมินผล :	1. เยี่ยมเสริมพลังติดตามการดำเนินงานหมู่บ้าน 5G 2. ประเมินการดำเนินงานหมู่บ้าน 5G โดยใช้เกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5G					
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการดำเนินงานหมู่บ้าน 5G 2. แบบประเมินหมู่บ้าน 5G					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด					

ตัวชี้วัดที่	2.ความสำเร็จการดำเนินงานฝากครรภ์คุณภาพ
ยุทธศาสตร์ที่	1.การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกราย ที่มาฝากครรภ์สถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ</p> <p>การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง มีการจัดระบบบริการให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วย การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง ตามแนวทาง Buengkan Model classifying pregnancy การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจัดระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงและให้ความรู้พร้อมข้อแนะนำตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ใช้ Application ก้าว่างเพื่อสร้างลูกเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ รวมถึงการนำกลไกมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตมาใช้ในการส่งเสริมและดูแลหญิงตั้งครรภ์</p> <p>Buengkan Model classifying pregnancy หมายถึง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง 4 กลุ่ม ดังนี้</p> <p>1.Very Low Risk (เสี่ยงต่ำมาก ระดับ 1) 2. Low Risk (เสี่ยงต่ำ ระดับ 2)</p> <p>3.High Risk (เสี่ยงสูง ระดับ 3) 4.Very High Risk (เสี่ยงสูงมาก ระดับ 4)</p> <p>สถานบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ANC ที่มีคุณภาพ หมายถึง สถานบริการที่มีการให้บริการ ANC ที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์</p> <p>การฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง การฝากครรภ์คุณภาพในหญิงตั้งครรภ์รายปกติที่ไม่มีความเสี่ยง จำนวน 5 ครั้ง ดังนี้</p> <p> การนัดครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ \leq 12 สัปดาห์</p> <p> การนัดครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 13 - <20 สัปดาห์</p> <p> การนัดครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 20 - <26 สัปดาห์</p> <p> การนัดครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 26 - <32 สัปดาห์</p> <p> การนัดครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 32 - <40 สัปดาห์</p> <p>ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก มีผลระดับฮีมาโตคริต (Lab 1) น้อยกว่าร้อยละ 33 (< 33%)</p> <p>ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ อายุครรภ์ 33-34 สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ อายุครรภ์ 33-34 สัปดาห์ มีผลระดับฮีมาโตคริต ครั้งที่ 2 (Lab 2) น้อยกว่า ร้อยละ 33 (< 33%)</p> <p>ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอด หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอดที่มีผลระดับฮีมาโตคริต น้อยกว่าร้อยละ 33 (<33%)</p>

	<p>ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด</p> <p>ตำบลมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต คือ ตำบลที่มีการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต โดยหญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุ 0-2 ปี ทุกคนในตำบล ได้รับการดูแลและเด็กทุกคนสูงดีสมส่วน พัฒนาการสมวัย และหากมีปัญหาต้องได้รับการดูแลและแก้ไขทุกราย</p> <p>เครื่องมือการประเมิน</p> <p>เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบประเมินตำบลมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กระบวนการขับเคลื่อนงาน 2. กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในแต่ละช่วงวัย <ul style="list-style-type: none"> - หญิงตั้งครรภ์ : 270 วัน - เด็กอายุ 0-6 เดือน : 180 วัน - เด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี : 550 วัน <p>เกณฑ์การประเมิน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ต้องปรับปรุง กิจกรรมดำเนินงาน < ร้อยละ 50 2.ระดับพื้นฐาน (Basic) กิจกรรมดำเนินงาน ร้อยละ 51-63 3.ระดับดี (Good) กิจกรรมดำเนินงาน ร้อยละ 64-76 4.ระดับดีมาก (Very Good) กิจกรรมดำเนินงาน ร้อยละ 77-89 5.ระดับดีเลิศ (Excellence) กิจกรรมดำเนินงาน ร้อยละ 90-100 																												
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p> <table border="1" data-bbox="887 1153 1501 1787"> <thead> <tr> <th></th> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รพ. และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การให้บริการ ANC คุณภาพ</td> <td>100</td> <td>98.5</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก ≤ 12 สัปดาห์</td> <td>83.90</td> <td>88.55</td> <td>92.50</td> </tr> <tr> <td>การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์</td> <td>68.53</td> <td>71.8</td> <td>84.12</td> </tr> <tr> <td>ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก</td> <td>15.96</td> <td>16.82</td> <td>15.17</td> </tr> <tr> <td>ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม</td> <td>4.51</td> <td>5.54</td> <td>7.71</td> </tr> </tbody> </table>				2561	2562	2563	รพ. และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การให้บริการ ANC คุณภาพ	100	98.5	100	หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก ≤ 12 สัปดาห์	83.90	88.55	92.50	การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	68.53	71.8	84.12	ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก	15.96	16.82	15.17	ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	4.51	5.54	7.71
	2561	2562	2563																										
รพ. และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การให้บริการ ANC คุณภาพ	100	98.5	100																										
หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก ≤ 12 สัปดาห์	83.90	88.55	92.50																										
การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	68.53	71.8	84.12																										
ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก	15.96	16.82	15.17																										
ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	4.51	5.54	7.71																										
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>หญิงตั้งครรภ์ และทารกแรกเกิด</p>																												
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>สถานบริการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม HosXp และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม</p>																												
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>ระบบฐานข้อมูลจาก Health Data Center แบบรายงานผลการประเมินมาตรฐาน ANC ที่มีคุณภาพ</p>																												

รายการข้อมูล 1	ร้อยละสถานบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ANC ที่มีคุณภาพ A = จำนวนสถานบริการตาม B ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ANC ที่มีคุณภาพ B = จำนวนสถานบริการทุกแห่งในเขตรับผิดชอบที่ให้บริการ ANC
รายการข้อมูล 2	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ C = จำนวนหญิงตาม D ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (แถม ANC) D = จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ทั้งหมด (แถม LABOR)
รายการข้อมูล 3	การฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ E = จำนวนหญิงคลอดตาม F ที่ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ (แถม ANC) F = จำนวนหญิงไทยทุกรายที่คลอด ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน (แถม LABOR)
รายการข้อมูล 4	ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ 4.1 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก G = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ตาม H ที่มีค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่า ร้อยละ 33 H = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ครั้งแรกและได้ตรวจฮีมาโตคริต (HCT) 4.2 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ อายุครรภ์ 33-34 สัปดาห์ I = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ตาม J ที่มีค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่า ร้อยละ 33 J = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ช่วงอายุครรภ์ 33-34 สัปดาห์ และได้ตรวจฮีมาโตคริต (HCT) (Lab 2) 4.3 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอด K = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ตาม L ที่มีค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่า ร้อยละ 33 L = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอดที่ได้ตรวจฮีมาโตคริต (HCT) (Lab 2)
รายการข้อมูล 5	ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม M = จำนวนเด็กแรกเกิดตาม N ที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม N = จำนวนเด็กแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (แถม newborn)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละสถานบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ANC ที่มีคุณภาพ = $(A/B) \times 100$ 2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ = $(C/D) \times 100$ 3. ร้อยละการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ = $(E/F) \times 100$ 4. ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ 4.1 ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก = $(G/H) \times 100$ 4.2 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ อายุครรภ์ 33-34 สัปดาห์ = $(I/J) \times 100$ 4.3 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอด = $(K/L) \times 100$ 5. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

	= (M/N) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 6 เดือนแรก (ต.ค.63-มี.ค.64) รอบที่ 2 6 เดือนหลัง (เม.ย.64-ก.ย.64)

เกณฑ์การประเมิน :

กำหนดการประเมินออกเป็น 2 ส่วน คือ การประเมินเชิงคุณภาพ (2.5 คะแนน) และเชิงปริมาณ (2.5 คะแนน)

1. การประเมินเชิงคุณภาพ (2.5 คะแนน)

ลำดับ	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสารประกอบพิจารณา
1	คณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ - มีการประชุมฯ อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี และสรุปรายงานการประชุม (0.5 คะแนน) - มีการลงเยี่ยมเสริมพลังตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กในสถานบริการสาธารณสุขในเขตที่รับผิดชอบ (0.5 คะแนน)	1	-รายงานการประชุม -แผนการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง/ภาพถ่ายกิจกรรม
2	สถานบริการมีทะเบียน/ข้อมูลการคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ และทะเบียน/ข้อมูลส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่พบภาวะเสี่ยง และลงบันทึก รหัส ICD 10 High risk/Very high risk ในระบบ HosXp ดังนี้ - High risk รหัส ICD 10 'Z356' 'Z355' 'Z352' 'O48' 'O983' 'O100' 'O240' 'O241' 'O2440' 'O2441' 'O998' 'O992' 'O991' 'O987' 'O440' 'O441' 'O140' 'O300' 'O341' 'O349' 'O459' 'O469' 'O32.1' 'O32.2' 'O35.4' 'O35.5' 'O410' 'O400' 'Z35.4' 'E668' 'O25' 'O330' 'O342' 'F99' - Very high risk รหัส ICD 10 'O360' 'O994' 'O141' 'O142' 'O150' 'O301' 'O302' 'O365' 'O350' 'O359' 'O993'	0.25	-ทะเบียนข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่พบภาวะเสี่ยง
3.	การขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต -อำเภอมีการกำหนดและประกาศนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วัน เป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งถ่ายทอดสู่พื้นที่ ทุกตำบล (0.5 คะแนน) -จัดทำแผนงาน/โครงการออกเยี่ยมเสริมพลัง/กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในระดับตำบล (0.25 คะแนน) - ร้อยละตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ระดับดีขึ้นไป (0.5 คะแนน)	1.25	- เอกสารนโยบาย/ภาพกิจกรรม - แผนงาน/โครงการ - แบบสรุปผลการประเมินตำบลมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ระดับอำเภอ

คะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละ	40-49	50-59	60-69	70-79	≥ 80

หมายเหตุ
**จำนวนตำบลทั้งหมดยึดตามหน่วยบริการสาธารณสุข (1 หน่วยบริการ = 1 ตำบล)

2. การประเมินเชิงปริมาณ (2.5 คะแนน)

กำหนดค่าเป้าหมายที่จะให้สำเร็จ 5 ตัวชี้วัด โดยเกณฑ์การให้คะแนนพิจารณา ดังนี้

1. ร้อยละสถานบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ANC คุณภาพ ตามแบบประเมินมาตรฐานรพ./รพ.สต.อนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 100 (0.5 คะแนน)

คะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละ	80-84	85-89	90-94	95-99	≥100

2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ≤12 สัปดาห์ ≥ ร้อยละ 80 (0.5 คะแนน)

คะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละ	≤ 60-64	65-69	70-74	75-79	≥80

3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพตามเกณฑ์ ≥ ร้อยละ 80 (0.25 คะแนน)

คะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละ	≤ 60-64	65-69	70-74	75-79	≥80

4. ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (0.75 คะแนน)

4.1 ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก (0.25 คะแนน)

คะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละ	≥20	19	18	17	≤16

4.2 ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ อายุครรภ์ 33-34 สัปดาห์ (0.25 คะแนน)

คะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละ	≥20	19	18	17	≤16

4.3 ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอด (0.25 คะแนน)

คะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละ	≥20	19	18	17	≤16

5. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 (0.5 คะแนน)

คะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละ	9	8.5	8	7.5	≤ 7

วิธีการประเมินผล :

1. เยี่ยมเสริมพลังติดตามการดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก โดยคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด รายอำเภอ
2. เยี่ยมเสริมพลังติดตามการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ระดับจังหวัด รายอำเภอ
3. ประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ R8 Model
2. Buengkan Model classifying pregnancy
3. คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 แรกของชีวิต

	<p>4.โปรแกรมการประเมินรับรองมาตรฐานการดำเนินงาน รพ./รพ.สต.อนามัยแม่และเด็ก</p> <p>5.สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก</p> <p>6.Application ก้าวอย่างเพื่อสร้างลูก</p> <p>7.แนวทางการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต กรมอนามัย</p> <p>8.แบบประเมินตำบลมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต จังหวัดบึงกาฬ</p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1.นางสาวธัญญลักษณ์ ทอนราช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 095-7345139 E-mail : thonrach0204@gmail.com</p> <p>2. นางไกรสร จุลโยธา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9544529 E-mail : kraisorn_julz@hotmail.co.th</p>

ตัวชี้วัด	3. ร้อยละการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟันในหญิงตั้งครรภ์โดยทันตบุคลากร				
ยุทธศาสตร์ที่	การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	2				
คำนิยาม	<p>การให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน หมายถึง การให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน รวมถึงการขูดหินน้ำลาย ซึ่งอาจจะเป็นการให้บริการภายในครั้งเดียวกันหรือ การนัดหมายมาขัดทำความสะอาดฟันภายหลัง</p> <p>หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง ผู้ที่มารับบริการในระหว่างตั้งครรภ์</p> <p>ทันตบุคลากร หมายถึง ทันตแพทย์ หรือจพ.ทันตสาธารณสุข/นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	อัตราการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟันในหญิงตั้งครรภ์ โดย ทันตบุคลากร	ร้อยละ	-	-	23.77
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ในระดับอำเภอ โครงการและแผนปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขที่ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการ รายงานการประชุมคณะกรรมการ / คณะทำงานพัฒนางานระดับ CUP / MCH bord อย่างสม่ำเสมอ การจัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์การดำเนินงาน <ol style="list-style-type: none"> รายงานทันตกรรมจาก HDC บันทึกการให้ทันตสุขศึกษาในโรงเรียนพ่อแม่ รูปภาพกิจกรรม 				
แหล่งข้อมูล	รายงานทันตกรรมจาก HDC				

รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน โดยทันตบุคลากร</p> <p>จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาสุขภาพช่องปาก ->19.1 OHSP ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน เฉพาะเขตรับผิดชอบ(คน)(ใช้ความครอบคลุม) ->คอลัมภ์ A จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและทำความสะอาดช่องปาก</p>										
รายการข้อมูล 2	<p>B= จำนวนตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ในปีงบประมาณ เป็นภาพรวมจังหวัด จากกลุ่มรายงาน มาตรฐาน ->ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาสุขภาพช่องปาก ->19.1OHSP ร้อย ละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน เฉพาะเขต รับผิดชอบ(คน)(ใช้แบบความครอบคลุม)->คอลัมภ์ B หญิงที่ได้รับการฝากครรภ์ทุกสิทธิ สละสมในปีงบประมาณ ของพื้นที่รับผิดชอบ</p>										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>A - x100 B</p>										
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ปีละ 2 ครั้ง</p>										
เกณฑ์การประเมิน :											
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="165 958 357 1010">ระดับ 1</th> <th data-bbox="357 958 549 1010">ระดับ 2</th> <th data-bbox="549 958 740 1010">ระดับ 3</th> <th data-bbox="740 958 932 1010">ระดับ 4</th> <th data-bbox="932 958 1123 1010">ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="165 1010 357 1059">30</td> <td data-bbox="357 1010 549 1059">40</td> <td data-bbox="549 1010 740 1059">50</td> <td data-bbox="740 1010 932 1059">60</td> <td data-bbox="932 1010 1123 1059">70</td> </tr> </tbody> </table>		ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	30	40	50	60	70
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5							
30	40	50	60	70							
วิธีการประเมินผล :	<p>อัตราการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟันในหญิงตั้งครรภ์โดย ทันตบุคลากร</p>										
เอกสารสนับสนุน :	<p>รายงานทันตกรรมจาก HDC</p>										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1.น.ส.สิรินยา แสงไสย์ โทร : 086-8504402 2.ทพญ.พุทธิพร ตั้งพุทธศิริ โทร : 0817417397 E-mail : bkdent@yahoo.com กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.บึงกาฬ</p>										

ชื่อตัวชี้วัด	4.ความสำเร็จการพัฒนาสถานบริการที่มีการคลอดมาตรฐาน
ยุทธศาสตร์ที่	1.การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณและคุณภาพ
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>การคลอดมาตรฐาน หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.มีสถานที่และอุปกรณ์ ที่ได้ตามมาตรฐาน 2.มีบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ/ความเสี่ยงสูง 3.มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 การค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วย admission record ที่มีการบูรณาการส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน การจำแนกความเสี่ยง แนวทางการดูแลรักษา และเกณฑ์การส่งต่อ เมื่อพบความเสี่ยงต่างๆ เข้าด้วยกัน ดังตัวอย่าง admission record ของกรมการแพทย์ 3.2 ระบบการดูแลผู้คลอด ในระยะคลอด-หลังคลอด ด้วยกราฟดูแลการคลอด / แบบประเมิน EFM ตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงการมีแนวทางในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังตัวอย่าง PPH checklist guidelines หรือ PPH order set ของกรมการแพทย์ 3.3 ระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร (จากโรงพยาบาลแม่ข่าย) มีการบรรจุเกณฑ์การส่งต่อดังกล่าวไว้ใน admission record และกราฟดูแลการคลอด เป็นต้น 4.มีการติดตามและประเมินผลการคลอดมาตรฐาน 5.มีการทบทวน การดูแลรักษา มารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด (รายละเอียดในคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์) <p>การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่อุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน</p> <p>การตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร หลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1000 มิลลิลิตร หลังการผ่าตัดคลอด</p> <p>การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ในโรงพยาบาล</p> <p>ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกมากกว่า หรือเท่ากับ 500 กรัมที่เกิดมามีชีวิตอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันในโรงพยาบาล</p> <p>ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน หมายถึง ทารกแรกเกิดมีค่า Apgar score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ที่เวลาหลังคลอด 1 นาที</p> <p>ตายปริกำเนิด หมายถึง การตายของทารกในครรภ์ และทารกแรกคลอดโดยอายุในครรภ์ ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไปถึงอายุแรกคลอดไม่เกิน 7 วัน หรือถ้าไม่ทราบอายุครรภ์ใช้น้ำหนัก ตั้งแต่ 1,000 กรัมขึ้นไป</p>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตรา : แสนการเกิดมีชีพ	26.33	28.18	30.70
	ร้อยละมารดาตกเลือดหลังคลอด	ร้อยละ	-	2.12	1.11
	ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด	ร้อยละ	7.32	6.36	5.97
	อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน	อัตรา : พันการเกิดมีชีพ	-	15.19	15.35
	อัตราทารกแรกเกิดเสียชีวิตอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	อัตรา : พันการเกิดมีชีพ	-	-	9.43
	อัตราทารกตายปริกำเนิด	อัตรา : พันการเกิดมีชีพ	4.46	2.81	3.67
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ห้องคลอดสังกัดโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่งในจังหวัดบึงกาฬ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1.การสำรวจและออกประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานมาตรฐาน รพ./รพ.สต.อนามัยแม่และเด็ก โดยทีมประเมินระดับอำเภอ จังหวัดและเขต</p> <p>2.การรายงานการคลอดและการป่วย/การตายของมารดาและทารก (ก-2) เป็นประจำทุกเดือน</p> <p>3.การรายงานการตายมารดาและทารกตายและแบบสอบสวนการตายมารดา(CE-62) : สถานบริการสาธารณสุขแจ้งสาเหตุการตายมารดาแก่สำนักงานสาธารณสุขภายใน 24 ชั่วโมง และส่งแบบสอบสวนการตายมารดา (CE-62) และรายงานทารกตาย (ก-1) ภายใน 15 วัน</p>				
แหล่งข้อมูล	<p>1.รายงานการคลอดและการป่วย/ การตายของมารดา และทารก (ก-2) เป็นประจำทุกเดือน</p> <p>2. โปรแกรม HOS-xp_PCU ของ รพ. และ รพ.สต.</p> <p>3.สรุปผลการประเมินตนเองตามโปรแกรมประเมินมาตรฐาน รพ./รพ.สต.อนามัยแม่และเด็ก จากทีมประเมินระดับอำเภอ ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>				
รายการข้อมูล 1	<p>อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน</p> <p>A = จำนวนมารดาไทยตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วันทุกสาเหตุ ยกเว้น อุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด</p> <p>B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน</p>				
รายการข้อมูล 2	<p>มารดาตกเลือดหลังคลอด</p> <p>C = จำนวนมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาล</p> <p>D = จำนวนมารดาที่คลอดในโรงพยาบาล</p>				

รายการข้อมูล 3	การคลอดก่อนกำหนด E = จำนวนมารดาที่คลอดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ในโรงพยาบาล F = จำนวนมารดาที่คลอดในโรงพยาบาล
รายการข้อมูล 4	ทารกขาดออกซิเจนระหว่างคลอด G = จำนวนทารกแรกเกิดที่มีคะแนน APGAR score ที่ 1 นานที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 H = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ
รายการข้อมูล 5	ทารกแรกเกิดเสียชีวิตอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน I = จำนวนทารกเสียชีวิต \leq 28 วัน J = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ
รายการข้อมูล 6	ทารกตายปริกำเนิด K = จำนวนการตายของทารกในครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์และจำนวนการตายของทารกแรกคลอดไม่เกิน 7 วัน L = จำนวนทารกเกิดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน = $(A/B) \times 100,000$ 2. อัตรามารดาตกเลือดหลังคลอด = $(C/D) \times 100$ 3. อัตราการคลอดก่อนกำหนด = $(E/F) \times 100$ 4. อัตราทารกขาดออกซิเจน = $(G/H) \times 100$ 5. อัตราทารกแรกเกิดเสียชีวิตอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน = $(I/J) \times 1,000$ 6. อัตราทารกตายปริกำเนิด = $(K/L) \times 1,000$
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 6 เดือนแรก (ต.ค.63-มี.ค.64) รอบที่ 2 6 เดือนหลัง (เม.ย.64-ก.ย.64)

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดการประเมินออกเป็น 2 ส่วน คือ การประเมินเชิงคุณภาพ (2 คะแนน) และเชิงปริมาณ (3 คะแนน)

1.การประเมินเชิงคุณภาพ (2 คะแนน)

ลำดับ	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสารประกอบการพิจารณา
1	คณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ มีการทบทวน การดูแลรักษา Case Conference Case death/Near missed ทุกราย เพื่อหาจุดบกพร่องและออกมาตรการหรือแนวทางเพื่อปรับปรุงแก้ไขจุดบกพร่องต่างๆ เพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ	1	- รายงานการทบทวน Case - มาตรการป้องกัน/ปรับปรุงแก้ไข ไม่ให้เกิดซ้ำ
2	มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเป็นประจำทุกปี เช่น การฟื้นคืนชีพของมารดาและทารกแรกเกิด การฝึกอบรมการใช้แบบฟอร์มมาตรฐาน กราฟการดูแลการคลอด แบบประเมิน EFM และ guideline ในห้องคลอด อย่างน้อยปีละครั้ง	1	แผน/ตารางการอบรม รายชื่อบุคลากรที่เข้ารับการอบรม

2.การประเมินเชิงปริมาณ (3 คะแนน)

กำหนดค่าเป้าหมายที่จะให้สำเร็จ 6 ตัวชี้วัด โดยเกณฑ์การให้คะแนนพิจารณา ดังนี้

1.อัตราการตายไทยเสียชีวิตจากการคลอดต่อแสนการเกิดมีชีพ ไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพ (0.5 คะแนน)

หน่วยวัด	เป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
อัตรา: แสนการเกิดมีชีพ	≥ 30	26-30	21 -25	16-20	≤ 15

2.ร้อยละมารดาตกเลือดหลังคลอด ไม่เกินร้อยละ 5 (0.5 คะแนน)

หน่วยวัด	เป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
ร้อยละ	≥ 6.5	6.0-6.4	5.5-5.9	5.0-5.4	≤ 5

3.อัตราการคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ 10 (0.5 คะแนน)

หน่วยวัด	เป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
ร้อยละ	≥ 11.6	11.1-11.5	10.6-11.0	10.1-10.5	≤ 10

4.อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน (ไม่เกิน 25 : 1,000 การเกิดมีชีพ) (0.5 คะแนน)

หน่วยวัด	เป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
อัตรา : พันการเกิดมีชีพ	≥ 26.6	26.1-26.5	25.6-26.0	25.1-25.5	≤ 25

5.อัตราทารกแรกเกิดเสียชีวิตอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน น้อยกว่า 3.4 : 1,000 การเกิดมีชีพ (0.5 คะแนน)

หน่วยวัด	เป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
อัตรา : พันการเกิดมีชีพ	≥ 5.0	4.5-4.9	4.0- 4.4	3.5 - 3.9	≤ 3.4

6.อัตราทารกตายปริกำเนิด ไม่เกิน 9 : 1,000 การเกิดมีชีพ (0.5 คะแนน)

หน่วยวัด	เป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
อัตรา : พันการเกิดมีชีพ	≥ 10.6	10.1-10.5	9.6- 10.0	9.1 – 9.5	≤ 9

วิธีการประเมินผล

:

- 1.Coching & On the job training โดยคณะกรรมการ MCH BOARD ระดับเขต
- 2.ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง MCH BOARD ตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ./รพ.สต.อนามัยแม่และเด็กรายอำเภอ
3. ประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง
4. รายงานการคลอดและการป่วย/ การตายของมารดา และทารก (ก-2) เป็นประจำทุกเดือน

เอกสารสนับสนุน :	<p>1.คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์</p> <p>2.ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแห่งประเทศไทย การลดการตายของมารดา (Reduction of Maternal Mortality)</p>
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางไกรสร จุลโยธา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :042-492046 โทรศัพท์มือถือ : 0819544529 โทรสาร : 042-492011 E-mail : kraisorn_julz@hotmail.co.th</p> <p>2.นางสาวธัญญลักษณ์ ทอนราช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :042-492046 โทรศัพท์มือถือ : 095-7345139 โทรสาร : 042-492011 E-mail : thonrach0204@gmail.com</p>

ตัวชี้วัดที่	5. ร้อยละความครอบคลุมของเด็ก 9,18,30,42 และ 60 เดือน ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ				
ยุทธศาสตร์ที่	1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	2				
คำนิยาม	เด็ก 9,18,30,42 และ 60 เดือน หมายถึงเด็กที่มีอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ตามช่วงเวลาที่กำหนดในฐานข้อมูล ที่กำหนดในโปรแกรม HOSxP/ HOSxP_PCU ของโรงพยาบาล และ รพ.สต.				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ความครอบคลุมของเด็ก 9,18,30,42 และ 60 เดือน ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ	81.27	89.2	93.30
ผลงานการคัดกรองพัฒนาการ 0-5 ปี ปี 2563 แยกรายอำเภอ (ข้อมูล 16พ.ย.63)					
	อำเภอ	ผลการดำเนินงาน			
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	บึงกาฬ	3787	3671	96.94	
	พรเจริญ	1733	1656	95.56	
	โซ่พิสัย	2872	2694	93.80	
	เซกา	3304	3106	94.01	
	ปากคาด	1227	1095	86.08	
	บึงโขงหลง	1666	1442	86.55	
	ศรีวิไล	1667	1571	94.24	
	บึงคล้า	632	551	87.18	
	รวม	16923	15786	93.23	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง ในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ Type 1,3 ในหมู่บ้าน สพด. และที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดี				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จากรายงาน HDC 2.จากการประเมิน CUP ปีละ 2 รอบ				

แหล่งข้อมูล	1) จาก Program HOSxP/ HOSxP_PCU ของโรงพยาบาล และ รพ.สต. 2) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกเด็กดี) 3) หมู่บ้าน 4) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ในเขตรับผิดชอบ Type 1,3 ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ Type 1,3			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	การประเมิน CUP ปีละ 2 รอบ			
เกณฑ์การประเมิน :				
รอบที่ 1				
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
< 50	50-59	60-69	70-79	≥ 80
รอบที่ 2				
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
< 75	75-79	80-84	85-89	≥ 90
วิธีการประเมินผล :	1.สรุปผลการดำเนินงาน ตามรอบประเมิน CUP ปีละ 2 ครั้ง 2.สรุปรายงานจาก HDC			
เอกสารสนับสนุน :	1.จากรายงาน HDC 2.จากการประเมิน CUP ปีละ 2 รอบ			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางวราภรณ์ บุญประเสริฐ เบอร์ติดต่อ : 0928989356, 0929914595 E-mail : momoh_894@hotmail.com . 2.นางไกรสร จุลโยธา เบอร์ติดต่อ 0819544529			

ตัวชี้วัดที่	6. ร้อยละเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือนที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการค้นพบ				
ยุทธศาสตร์ที่	1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	2				
คำนิยาม	เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าในกลุ่ม 9,18,30,42 และ 60 เดือน หมายถึง เด็กในกลุ่มอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่มีพัฒนาการไม่สมวัยในการตรวจพัฒนาการครั้งแรกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งได้รับการประเมินพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และมีพัฒนาการไม่สมวัย ด้านใดด้านหนึ่งขึ้นไป ใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า	ร้อยละ	16.07	24.50	27.61
ผลงานการค้นพบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า 0-5 ปี ปี 2563 แยกรายอำเภอ (ข้อมูล 16พ.ย.63)					
	อำเภอ	ผลการดำเนินงาน			
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	บึงกาฬ	3671	926	25.22	
	พรเจริญ	1656	549	33.15	
	โซ่พิสัย	2694	662	24.57	
	เซกา	3106	916	29.49	
	ปากคาด	1095	289	26.39	
	บึงโขงหลง	1442	393	27.25	
	ศรีวิไล	1571	464	29.54	
	บึงค้ำ	551	158	28.68	
	รวม	15786	4357	27.60	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กอยู่จริงในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ Type 1,3 ในหมู่บ้าน สพด. และที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดี				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จากรายงาน HDC 2. จากการประเมิน CUP ปีละ 2 รอบ				
แหล่งข้อมูล	1) จาก Program HOSxP/ HOSxP_PCU ของโรงพยาบาล และ รพ.สต. 2) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกเด็กดี) 3) หมู่บ้าน 4) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย				

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ Type 1,3 ที่มีผลการคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกด้วยเครื่องมือ DSPM ไม่ผ่าน 1 ด้านขึ้นไป				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ Type 1,3 ที่ได้คัดกรองพัฒนาการทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A - ×100 B				
เกณฑ์การประเมิน :					
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	<10	10-14	15-19	20-24	≥25
วิธีรายงาน/ความถี่ :	1.สรุปผลการดำเนินงาน ตามรอบประเมิน CUP ปีละ 2 ครั้ง 2.สรุปรายงานจาก HDC				
วิธีการประเมินผล :	1.สรุปผลการดำเนินงาน ตามรอบประเมิน CUP ปีละ 2 ครั้ง 2.สรุปรายงานจาก HDC				
เอกสารสนับสนุน :	1.จากรายงาน HDC 2.จากการประเมิน CUP ปีละ 2 รอบ				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางวราภรณ์ บุญประเสริฐ เบอร์ติดต่อ : 0928989356,0929914595 E-mail : momoh_894@hotmail.com . 2.นางไกรษร จุลโยธา เบอร์ติดต่อ 0819544529				

ตัวชี้วัดที่	<p>7. ร้อยละการติดตามเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าและล่าช้า</p> <p>5.1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นซ้ำภายใน 30 วัน (ข้อ 5.1 ตามเป้าหมาย HDC) ร้อยละ 90</p> <p>5.2. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I (ข้อ 6.1 ตามเป้าหมาย HDC) ร้อยละ 70</p> <p>5.3 ร้อยละเด็ก 0-5 ปี พัฒนาการล่าช้ากระตุ้นด้วยTEDA4I กลับมาปกติ (ข้อ 6.1 HDC) ร้อยละ 30</p>
ยุทธศาสตร์ที่	1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>เด็กอายุ 0-5 ปี หมายถึง เด็กอายุ 9 , 18 , 30 , 42 และ 60 เดือนที่ได้รับการประเมินพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) หรือคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง ใน 30 วัน (DAIM)</p> <p>เด็ก 0-5 ปี สงสัยพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กอายุ 9 , 18 , 30 , 42 และ 60 เดือนที่ได้รับการตรวจพัฒนาการตามเกณฑ์แล้วพบว่าไม่ผ่านด้านใดด้านหนึ่งขึ้นไปใน 5 ด้าน</p> <p>เด็ก 0-5 ปี พัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็ก 0-5 ปี ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า กระตุ้นด้วย DSPM ภายใน 30 วันแล้วยังมีพัฒนาการไม่สมวัยรวมทั้งเด็ก0-5 ปี กลุ่มป่วยทางจิตเวชที่มีพัฒนาการล่าช้า(ข้อ 6.1 HDC)</p> <p>คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) หมายถึง แบบประเมินพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี ใช้คัดกรองเด็กทั่วไปที่ไม่มีอาการผิดปกติ และดำเนินการประเมินอย่างเป็นระบบจากพฤติกรรม พัฒนาการตามอายุของเด็กใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม</p> <p>เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กอายุ0-5ปี ที่ได้รับการประเมินด้วยDSPM หรือ DAIM ตามเกณฑ์อายุ แล้วพบว่า เด็กไม่สามารถทำได้ด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน</p> <p>รหัสโรค/หัตถการ/ยาที่เกี่ยวข้อง</p> <p>1. การบันทึกการคัดกรอง DSPM/DAIM ของเด็ก ในแฟ้ม Special PP ใช้รหัสดังต่อไปนี้ ที่ห้องงานให้บริการ</p> <p>1.1 เด็กสงสัยล่าช้า = 1B261 สงสัยล่าช้าต้องได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นภายใน 1 เดือน</p> <p>1.2 เด็กสงสัยล่าช้าส่งต่อทันที = 1B262 สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที</p> <p>2. การบันทึกผลการคัดกรองซ้ำ (หลังการคัดกรอง 30 วัน) สำหรับเด็กที่รับการคัดกรอง DSPM /DAIM ตามข้อ 1 และมีผลการคัดกรองเป็น 1B261สงสัยล่าช้าต้องได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นภายใน 1 เดือน และ 1B262 สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที ต้องดำเนินการประเมินด้วย DSPM/DAIM และบันทึกแฟ้ม Special PP ใหม่ โดยใช้รหัสดังต่อไปนี้</p> <p>2.1 ปกติ = 1B260</p>

2.2 ผิดปกติให้บันทึกเป็นรายด้าน

- 1B202 = ด้าน GM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B212 = ด้าน FM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B222 = ด้าน RL ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B232 = ด้าน EL ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B242 = ด้าน PS ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ

3.การบันทึกผลการแก้ไขพัฒนาการ ด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ สำหรับเด็กที่รับการคัดกรอง DSPM /DAIM ตามข้อ 1 และมีผลการคัดกรองเป็น 1B262 สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที และ เด็กสงสัยล่าช้า ตามข้อ 2 ที่ได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นครบ 1 เดือน แล้วแต่ยังพบความผิดปกติของพัฒนาการซึ่งระบุด้านที่ล่าช้าเป็นรายด้าน ตามข้อ 2.2 ซึ่งต้องดำเนินการประเมินด้วยคู่มือ TEDA4I และบันทึกเพิ่ม Special PP 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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
1.การติดตามเด็กสงสัยล่าช้าใน 30 วัน (ข้อ 5.1 HDC)		ร้อยละ	64.38	90.8	92.07
2.เด็กล่าช้า 5 กลุ่มอายุ ได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I (ข้อ 6.1 HDC)		ร้อยละ	4.76	61.54	84.44
3.เด็กล่าช้า 5 กลุ่มอายุ กระตุ้น TEDA4I กลับมาปกติ (ข้อ 6.1 HDC)		ร้อยละ	100	72.22	27.27

ผลงานการติดตามเด็ก 0-5 ปี ที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าภายใน 30 วัน ข้อ 5.1(HDC)

การติดตามTEDA4I ข้อ 6.1 (HDC) ปี 2563 แยกรายอำเภอ

และเด็กกระตุ้นด้วยTEDA4I กลับมาปกติ ข้อ 6.1 (HDC) (16 พ.ย. 63)

อำเภอ	การติดตามเด็กล่าช้าใน 30 วัน เกณฑ์ร้อยละ 90 (หน่วยปฐมภูมิ) ข้อ 5.1 (HDC)			เด็กล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 70 ข้อ 6.1 (HDC) (ใน รพ.)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
บึงกาฬ	926	882	95.66	4	2	50
พรเจริญ	549	492	90.61	5	4	80
โซ่พิสัย	662	625	96.01	11	11	100
เซกา	916	805	88.66	11	11	100
ปากคาด	289	256	89.82	5	2	40
บึงโขงหลง	393	368	94.60	4	3	75
ศรีวิไล	464	432	93.91	4	4	100
บุงคล้า	158	136	86.62	1	1	100
รวม	4357	3996	92.61	45	38	84.44

อำเภอ	3.ร้อยละเด็ก 5 กลุ่มอายุที่พัฒนาการล่าช้ากระตุ้นด้วยทิตากลับมาปกติ เกณฑ์ร้อยละ 30 (ข้อ 6.1 HDC) (ใน รพ.)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
บึงกาฬ	1	0	0
พรเจริญ	1	0	0
โซ่พิสัย	8	5	62.50
เซกา	7	1	28.57
ปากคาด	0	0	0
บึงโขงหลง	2	0	0
ศรีวิไล	3	0	0
บุงคล้า	0	0	0
รวม	22	6	27.27

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

- 1.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
- 2.เด็ก 0-5 ปีทุกคนที่อยู่จริงในพื้นที่ที่มีพัฒนาการล่าช้า

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสุขภาพทุกระดับ นำข้อมูลการตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แพ้ม
แหล่งข้อมูล	ส่งข้อมูล 43 แพ้ม เข้า HDC
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือนที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์และมีพัฒนาการปกติ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือนที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 1	$\frac{A}{B} \times 100$
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์และมีพัฒนาการปกติ
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือนที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 2	$\frac{C}{D} \times 100$
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์และพบสงสัยล่าช้าและสงสัยล่าช้าส่งต่อทันทีที่ได้รับการติดตามประเมินซ้ำภายใน 30 วัน
รายการข้อมูล 6	F = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการซ้ำและพบสงสัยล่าช้าและสงสัยล่าช้าส่งต่อทันทีทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 3	$\frac{E}{F} \times 100$
รายการข้อมูล 7	G = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าส่งต่อทันทีและที่รับการกระตุ้นครบ 1 เดือน แล้วประเมินซ้ำยังพบพัฒนาการล่าช้า ที่ได้รับการแก้ไขพัฒนาการด้วยคู่มือTEDA4I
รายการข้อมูล 7	H = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าส่งต่อทันทีและที่รับการกระตุ้นครบ 1 เดือน แล้วประเมินซ้ำยังพบพัฒนาการล่าช้า ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อแก้ไขพัฒนาการด้วยคู่มือTEDA4I ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 4	$\frac{G}{H} \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบประเมินปีละ 2 ครั้ง
วิธีการประเมินผล :	เก็บข้อมูลการดำเนินงานกลุ่มเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าและล่าช้าเปรียบเทียบกับข้อมูลในระบบ HDC กับค่าเป้าหมาย

เกณฑ์การประเมิน :

รอบที่ 1	รอบที่ 2
<p>- ดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ทุกเดือน</p> <p>- จัดระบบการเยี่ยมติดตามกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า ภายใน 30 วัน</p> <p>- จัดระบบส่งต่อเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าเพื่อแก้ไขพัฒนาการ ด้วยคู่มือ TEDA4I</p> <p>- รวบรวมข้อมูลสถานการณ์และแนวทางแก้ไข</p> <p>- ประชุมคณะทำงานส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัย และมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์</p> <p>1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 80</p> <p>2. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ตามเป้าหมาย HDC ข้อ 6.1 ร้อยละ 60</p> <p>3. ร้อยละเด็ก 5 กลุ่มอายุ ที่พัฒนาการล่าช้า กระตุ้นด้วยทิดากลับมาปกติ ร้อยละ 25 (ข้อ 6.1 HDC)</p>	<p>มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์</p> <p>1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 90</p> <p>2. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ตามเป้าหมาย HDC ข้อ 6.1 ร้อยละ 70</p> <p>3. ร้อยละเด็ก 5 กลุ่มอายุ ที่พัฒนาการล่าช้า กระตุ้นด้วย TEDA4I กลับมาปกติ ร้อยละ 30 (ข้อ 6.1 HDC)</p>

การให้คะแนน

คะแนนรอบที่ 1	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ติดตาม 30 วัน	<50	50-59	60-69	70-79	≥80
ติดตาม TEDA4I	<30	30-39	40-49	50-59	≥60
เด็กล่าช้ากลับมาปกติ	<10	10-14	15-19	20-24	≥25
คะแนนรอบที่ 2	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ติดตาม 30 วัน	<60	60-69	70-79	80-89	≥90
ติดตาม TEDA4I	<40	40-49	50-59	60-69	≥70
เด็กล่าช้ากลับมาปกติ	<14	15-19	20-24	25-29	≥30

เอกสารสนับสนุน :	<p>1. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)</p> <p>2. คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I)</p>
วิธีรายงาน/ความถี่	<p>1.สรุปผลการดำเนินงาน ตามรอบประเมิน CUP ปีละ 2 ครั้ง</p> <p>2.สรุปรายงานจาก HDC</p>

ตัวชี้วัดที่	8.ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ของ คปสอ.
ยุทธศาสตร์ที่	1.การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
หน่วยวัด	ขั้นตอน
น้ำหนัก	3
คำนิยาม	<p>1.คปสอ. หมายถึง คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขที่สังกัด กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ได้แก่ อำเภอเมืองบึงกาฬ เซกา โซ่พิสัย ปากคาด ศรีวิไล พรเจริญ บึงโขงหลง บุ่งคล้า</p> <p>2.สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หมายถึงสถานดูแลเลี้ยงดูเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาลและโรงเรียนเอกชน ในจังหวัดบึงกาฬ</p> <p>3.Well Child Clinic (WCC) มีคุณภาพ เป็นบริการที่จัดให้แก่เด็ก 0-5 ปี ตามข้อกำหนดของกรมอนามัย จัดทำขึ้นโดยข้อเสนอแนะของคณะทำงานวิชาการอนามัยแม่และเด็กใน 12 กิจกรรมหลักที่จะส่งเสริมพัฒนาให้เด็กมีการเจริญเติบโตพัฒนาการสมวัย คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 มีการชักประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด 3.2 มีการประเมินการเจริญเติบโต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบศีรษะ 3.3 ประเมินความเสี่ยงของมารดาในโรคพันธุกรรม TSH, Thalassemia, Down's Syndrome, โรคหัวใจ, การตั้งครรภ์ไม่พร้อม 3.4 ประเมินความพร้อมของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3.5 การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยใช้เครื่องมือ DSPM/DAIM ส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยผู้ปกครอง และครู (ตรวจประเมินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน 5 กลุ่มอายุ 9, 18,30,42 และ 60 เดือน) 3.6 ผู้ปกครองเด็กที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการสอนกระตุ้นด้วยเครื่องมือ DSPM/DAIM และมีการติดตามภายใน 30 วัน หากยังมีพัฒนาการล่าช้า ส่งกระตุ้นที่ รพช.ด้วยเครื่องมือ TEDA4I ภายใน 1 เดือนและดูแลต่อเนื่องจนครบ 3 เดือน นับตั้งแต่วันตรวจพบล่าช้า และการส่งต่อ รพท.เพื่อการวินิจฉัยรักษาโดย กุมารแพทย์/จิตแพทย์ 3.7 มีการตรวจร่างกายตามช่วงอายุ ตรวจฟัน 9,18 เดือน ใน WCC 30,42,60 เดือน ในสถานพัฒนาเด็ก 3.8 มีการตรวจพิเศษ ช่วงอายุ 6 เดือน ตรวจภาวะซีด (HCT) อายุ 4 ปี วัดความดันโลหิต UA 3.9 ให้วัคซีนตามช่วงอายุ มีการสังเกตอาการผิดปกติหลังการให้ 30 นาที มีป้ายแจ้งเป็นทางการ 3.10 ให้ความรู้ตามแนวทางโรงเรียนพ่อแม่ การเล่นตามรอยพระยุคลบาท เล่นเปลี่ยนโลก การดูแลฟัน โภชนาการ พัฒนาการ ไอคิว การเช็ดตัวลดไข้ การดูแลป้องกันอุจจาระร่วง ปอดบวม และการใช้สมุดบันทึกสุขภาพมารดาทารกและคู่มือ (DSPM) ในการดูแลเด็กและมีการจ่ายยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กแก่เด็ก 6 เดือน-5 ปีอย่างเพียงพอ ตามชุดสิทธิประโยชน์เด็กตามเป้าหมายกระทรวง มีมุมตรวจพัฒนาการแยกเป็นสัดส่วน มีลานเล่นตามรอย พระยุคลบาท ส่งเสริมความรู้มหัศจรรย์ 1000 วัน กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน รู้ทันไอที 3.11 แม่ฝากครรภ์ไตรมาสที่ 3 ได้รับคำแนะนำความสำคัญการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือDSPM/DAIM/ความสำคัญสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหลังคลอด

	3.12 หลังคลอดภายใน 2 เดือนผู้ดูแลเด็กได้รับคำแนะนำความสำคัญการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือDSPM/DAIM/ความสำคัญสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหลังคลอด																																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																
	ความสำเร็จการดำเนินงานเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ของ คปสอ.	ขั้นตอน	2561	2562	2563																														
			4.76	4.90	4.83																														
<p>ผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จการดำเนินงานเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ของ คปสอ. ปี 2563 แยกรายอำเภอ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>อำเภอ</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>บึงกาฬ</td> <td>5</td> <td>4.5</td> </tr> <tr> <td>พรเจริญ</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>โซ่พิสัย</td> <td>5</td> <td>4.9</td> </tr> <tr> <td>เซกา</td> <td>5</td> <td>4.7</td> </tr> <tr> <td>ปากคาด</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>บึงโขงหลง</td> <td>5</td> <td>4.7</td> </tr> <tr> <td>ศรีวิไล</td> <td>5</td> <td>4.8</td> </tr> <tr> <td>บุ่งคล้า</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>5</td> <td>4.83</td> </tr> </tbody> </table>						อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	บึงกาฬ	5	4.5	พรเจริญ	5	5	โซ่พิสัย	5	4.9	เซกา	5	4.7	ปากคาด	5	5	บึงโขงหลง	5	4.7	ศรีวิไล	5	4.8	บุ่งคล้า	5	5	รวม	5	4.83
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน																																	
บึงกาฬ	5	4.5																																	
พรเจริญ	5	5																																	
โซ่พิสัย	5	4.9																																	
เซกา	5	4.7																																	
ปากคาด	5	5																																	
บึงโขงหลง	5	4.7																																	
ศรีวิไล	5	4.8																																	
บุ่งคล้า	5	5																																	
รวม	5	4.83																																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กแรกเกิด- 5 ปี (5 ปี 11 เดือน 29 วัน) ในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ TYPE 1,3 ในหมู่บ้าน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดี																																		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จากรายงาน HDC /รายงาน COCPIT 2.จากการประเมิน CUP ปีละ 2 รอบ																																		
แหล่งข้อมูล	1) จาก Program HOSxP/ HOSxP_PCU ของโรงพยาบาล และ รพ.สต. 2) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกเด็กดี) 3) หมู่บ้าน 4) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย																																		
รายการข้อมูล 1	A = โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการ WCC มีคุณภาพ																																		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดอำเภอ																																		
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 1	$\frac{A}{B} \times 100$																																		
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ผ่านเกณฑ์																																		
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งหมดในอำเภอ																																		
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 2	$\frac{C}{D} \times 100$																																		
ระยะเวลาประเมินผล																																			

เกณฑ์การประเมิน :

กำหนดเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (milestone) แบ่งเป็นเกณฑ์การให้คะแนน เป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนในการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับ	ระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (milestone)				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1	✓				
2	✓	✓			
3	✓	✓	✓		
4	✓	✓	✓	✓	
5	✓	✓	✓	✓	✓

โดยที่

ขั้นตอนที่	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2564
1	<p>1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ คปสอ. ระดับอำเภอและ MCH BOARD อำเภอ เป็นปัจจุบัน (0.5 คะแนน)</p> <p>2. มีการประชุมคณะกรรมการ ตามข้อ 1 อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี เพื่อแก้ปัญหาการพัฒนาเด็ก การดำเนินงานตำบลสูงติสมส่วน เล่นเปลี่ยนโลก ผู้อำนวยการการเล่น นมแม่ โภชนาการดี พัฒนาการดี พันดิ ไอคิวดี ในWCC/ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/ชุมชน (0.5 คะแนน)</p>
2	<p>ผ่านการดำเนินงานขั้นตอนที่ 1</p> <p>1. มีการทบทวนแนวทางและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงาน WCC คุณภาพ ,สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย(ศพด./โรงเรียนอนุบาล/โรงเรียนเอกชน),ชุมชน (0.25 คะแนน)</p> <p>2. มีแผนงาน/โครงการพัฒนาเด็กปฐมวัย การพัฒนาเด็ก การดำเนินงานตำบลสูงติสมส่วนเล่นเปลี่ยนโลก ผู้อำนวยการการเล่น นมแม่ โภชนาการดี พัฒนาการดี พันดิ ไอคิวดี ใน WCC/ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/ชุมชน (0.5 คะแนน)</p> <p>3. กำหนดแผนนิเทศติดตามกำกับงาน WCC คุณภาพ /สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับอำเภอ (0.25 คะแนน)</p>
3	<p>ผ่านการดำเนินงานขั้นตอนที่ 2</p> <p>1. มีสถานที่ให้บริการแยกเป็นสัดส่วน แยกจากคลินิกให้วัคซีน ไม่มีสิ่งรบกวน (0.1 คะแนน)</p> <p>2. มีการสนับสนุน/แนะนำการมีและใช้หนังสือ 100 เรื่อง นิทานดี เช่น ดักตอก ตังไข่ล้ม กุกโก่ปวดท้อง ฉีกฉัก นิทานในสวน หรือหนังสือนิทานอื่นๆเป็นตัวอย่างแก่ผู้ปกครองเพื่อใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างน้อยครอบครัวละ 3 เรื่อง เป็นประจำทุกสัปดาห์ (0.2 คะแนน)</p> <p>3. มีของเล่นส่งเสริมพัฒนาการตามวัยครบทั้ง 5 ด้าน และแนะนำการเล่นเปลี่ยนโลก จัดให้มีผู้อำนวยการการเล่น (0.2 คะแนน)</p> <p>3.1 ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม</p> <p>3.2 ด้านการใช้ภาษา</p> <p>3.3 ด้านการเข้าใจภาษา</p> <p>3.4 ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา</p> <p>3.5 ด้านการเคลื่อนไหว</p> <p>4. มีกิจกรรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ลูก ให้ความรู้ตามกลุ่มวัย ช่วงอายุที่ 1 = 2,4,6 เดือน ช่วงอายุที่ 2 = 9 เดือน ช่วงอายุที่ 3 = 18 เดือน ช่วงอายุที่ 4= 42 เดือน ช่วงอายุที่ 6=60 เดือน (กิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอนเฝ้าดูฟัน รู้ทันไอที) การให้ความรู้ดังนี้</p> <p>4.1 ด้านโภชนาการ (อาหาร 5 หมู่ ไอโอดีน ธาตุเหล็ก นมแม่ อื่นๆ)</p>

	<p>/ด้านพัฒนาการ (ครอบคลุมพัฒนาการ 5 ด้าน ผู้ปกครองเข้าใจ DSPM การเล่นตามรอยพระยุคลบาท เล่นเปลี่ยนโลก มหัศจรรย์ 1000 วัน) (0.1 คะแนน)</p> <p>4.2 ด้านทันตกรรม ผู้ปกครองมีความรู้ด้านทันตศึกษา แปรงฟันเด็กได้ถูกวิธี (0.1 คะแนน)</p> <p>4.3 ด้านอื่นๆ การนอน การป้องกันโรคไข้เลือดออก อุจจาระร่วง ปอดบวม การเช็ดตัวลดไข้ การล้างมือ อุบัติเหตุ (0.1 คะแนน)</p> <p>4.4 แม่ฝากครรภ์ไตรมาสที่ 3 ได้รับคำแนะนำความสำคัญการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือDSPM/DAIM/ความสำคัญสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหลังคลอด (0.1 คะแนน)</p> <p>4.5 หลังคลอดภายใน 2 เดือนผู้ดูแลเด็กได้รับคำแนะนำความสำคัญการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM/DAIM/ความสำคัญสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหลังคลอด (0.1 คะแนน)</p>
4	<p>1.มีการประเมินตนเองทุกหน่วยบริการตามการจัดระบบบริการ WCC คุณภาพ ครอบคลุมข้อ 1-12 (0.2 คะแนน)</p> <p>2. มีการติดตามเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและบันทึกการชั่งน้ำหนักเด็ก 0-5 ปีใน HDC ตามงวด ครบ 4 ครั้งตามรอบประเมิน รอบที่ 1 เดือน พ.ย. 63 รอบที่ 2 เดือน ก.พ. 64 รอบที่ 3 เดือน พ.ค. 63 รอบที่ 4 เดือน ส.ค.64 ครอบคลุมแต่ละรอบไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (0.4 คะแนน)</p> <p>3. มีข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้า เด็กทุพโภชนาการ และข้อมูลเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการและโภชนาการล่าช้าเช่นเด็กยากจน เด็กอยู่กับผู้สูงอายุ แม่วัยรุ่น ผู้เลี้ยงดูมีความเสี่ยงอื่นๆเช่นติดยา มีปัญหาสุขภาพจิต โรคทางจิตเวช และมีการติดตามแก้ปัญหาต่อเนื่องทุกเดือน โดยมีกรู๊ป line ผู้ปกครองกลุ่มเสี่ยงและผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี เพื่อใช้ติดตามและสื่อสารความรู้ในการดูแลเด็กทุกหน่วยบริการ (0.2 คะแนน)</p> <p>4. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับอำเภอ ประกอบด้วย 4 กระทรวงหลัก คือมหาดไทย (อปท.) พมจ.อำเภอ(ถ้ามี) กระทรวงศึกษา และกระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายระดับอำเภอตามความเหมาะสม ขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับอำเภอ มีนายอำเภอเป็นประธาน (0.2 คะแนน)</p>
5	<p>1. มีการออกนิเทศติดตามและสรุปผลการดำเนินงานให้บริการ WCC คุณภาพโรงพยาบาล และ รพ.สต.ในการให้บริการ WCC คุณภาพ โดยที่มระดับอำเภอไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 (0.2 คะแนน)</p> <p>2. การเข้าถึงแบบสอบถามความรู้ในการดูแลแม่และเด็กสะสมตั้งแต่ปี 2563 ที่จังหวัดจัดทำขึ้น ของผู้ปกครองครู เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ อปท.ที่เกี่ยวข้อง และ อสม.ภาพรวม ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของจำนวนเด็ก 0-5 ปีทั้งหมด (0.2 คะแนน)</p> <p>3.ร้อยละ90 ของ เด็ก 0-5 ปี ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการไตรมาสที่ 3 และมีภาวะสูงตีสมส่วน ร้อยละ 62 (0.2 คะแนน)</p> <p>4. มีโครงการหรือการดำเนินงานให้ความรู้ในชุมชนด้านการพัฒนาเด็ก 0-5 ปี เช่น การใช้ DSPM การส่งเสริมการอ่าน โภชนาการ 1000 วันแรกของชีวิต พัฒนาการ สุขภาพฟัน โรคที่สำคัญในเด็ก (0.2 คะแนน)</p> <p>5.มีการออกเยี่ยมเสริมพลังและพัฒนางานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานโดยคณะกรรมการเด็กปฐมวัยระดับอำเภอหรือตำบล ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหาร อปท ครูสังกัด สพป.เอกชนเป็นอย่างน้อยไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งหมด (0.2 คะแนน)</p>

ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
รอบที่ 1(ขั้นตอน)	0	0.5	1	1.5	2
รอบที่ 2(ขั้นตอน)	1	2	3	4	5

วิธีรายงาน/ความถี่ :	1.สรุปผลการดำเนินงาน ตามรอบประเมิน CUP ปีละ 2 ครั้ง 2.สรุปรายงานจาก HDC
วิธีการประเมินผล :	1.สรุปผลการดำเนินงาน ตามรอบประเมิน CUP ปีละ 2 ครั้ง 2.สรุปรายงานจาก HDC
เอกสารสนับสนุน :	1.จากรายงาน HDC 2.จากการประเมิน CUP ปีละ 2 รอบ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางวราภรณ์ บุญประเสริฐ เบอร์ติดต่อ : 0928989356,0929914595 E-mail : momoh_894@hotmail.com . 2.นางไกรสร จุลโยธา เบอร์ติดต่อ 0819544529

ตัวชี้วัดที่	9.ร้อยละการดำเนินงานเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กและในชุมชนของหน่วยบริการ
ยุทธศาสตร์ที่	1.การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	2

คำนิยาม

เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด-อายุน้อยกว่า 6 ปี ก่อนเข้าศึกษาระดับประถมศึกษา

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หมายถึง สถานดูแลเด็กก่อนเข้าเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนเอกชน โรงเรียนอนุบาล และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกสังกัด

ชุมชน หมายถึง หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ

ครู หมายถึง ครูผู้ทำหน้าที่สอนในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัด

อปท. หมายถึง ผอ.กองศึกษาและกองสาธารณสุขหรือผู้ที่ได้รับมอบให้ดูแลสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยใน อปท.

อสม. หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แยกผู้รับงานแม่และเด็กและงานอื่นๆ

ผู้ปกครอง หมายถึง ผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี 11 เดือน 29 วัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง เจ้าหน้าที่ในทุกหน่วยที่ถูกส่ง แยกส่วนผู้รับงานเด็กปฐมวัยโดยตรงและงานอื่นๆ

เล่นเปลี่ยนโลก หมายถึง กระบวนการสร้างการเรียนรู้ทางด้านสมองของเด็กช่วงปฐมวัยอายุแรกเกิดจนถึง 6 ปี ผ่านกิจกรรมการเล่นที่หลากหลายด้วยการสนับสนุนและกระตุ้นให้เกิดการเล่นจากผู้ร่วมเล่นคือ พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ครู ภายใต้อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ สื่อของเล่นที่เหมาะสมและเอื้อให้เกิดการเรียนรู้ตามวัยของเด็ก อย่างอิสระ

ผู้อำนวยการการเล่น หมายถึง (play worker) ผู้สนับสนุนส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการเล่นภายใต้อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ สื่อของเล่นที่เหมาะสมและเอื้อให้เกิดการเรียนรู้ตามวัยของเด็ก อย่างอิสระ

โดยหน่วยบริการมีการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
1	1.1 หน่วยบริการมีข้อมูล สพด. ทั้งหมด และมีแผนการดำเนินงานเชิงรุกเรื่องสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อขับเคลื่อนมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เล่นเปลี่ยนโลก ผู้อำนวยการการเล่น (0.5 คะแนน) 1.2 มีการระบุชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยในหมู่บ้านและสถานพัฒนาเด็ก (0.5 คะแนน)
2	2.1 มีการประเมินตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (0.5 คะแนน) 2.2 มีการประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครู อปท. และ จนท.สาธารณสุข (0.5 คะแนน)
3	3.1 เจ้าหน้าที่ติดตามเป็นพี่เลี้ยง ให้ครูมีการใช้คู่มือ DSPM ในการประเมินพัฒนาการเด็ก/และมีการประเมินภาวะโภชนาการเด็ก เพื่อค้นหาเด็กสงสัยล่าช้า/เด็กทุพโภชนาการ (0.3 คะแนน) 3.2 ครูมีการปรับกิจกรรมตามคู่มือมาใช้ในการเรียนการสอน (0.2 คะแนน) 3.3 มีการจัดกิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลกสม่ำเสมอ โดยมีผู้อำนวยการการเล่นกำกับ (0.2 คะแนน) 3.4 มีการประเมินเด็กซ้ำรายพัฒนาการ/ทุพโภชนาการผิดปกติ โดยเจ้าหน้าที่ (0.3 คะแนน)

4	<p>4.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีชื่อในคณะกรรมการเด็กปฐมวัยของ สพต.หรือเป็นที่ปรึกษาและร่วมขับเคลื่อนตามมาตรฐาน (0.3 คะแนน)</p> <p>4.2 มีการตั้งกรู๊ปไลน์ผู้ปกครองใน สพต.โดยมีครูและจนท.สาธารณสุขในหน่วยปฐมภูมิใช้ในการสื่อสารในการให้ความรู้และติดตามการดูแลเด็กปฐมวัย (0.4 คะแนน)</p> <p>4.3 ผู้ปกครอง/ครู/จนท.ใช้ APPICATION 9 อย่างเพื่อสร้างลูก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของจำนวน เด็กใน สพต.(0.3 คะแนน)</p>
5	<p>ผู้ปกครองเด็กสงสัยล่าช้า/เด็กทุพโภชนาการ ได้รับการอบรมหรือสอนให้ความรู้ด้านพัฒนาการ/โภชนาการ/การดูแลสุขภาพฟัน โรคที่พบบ่อยใน สพต. ร้อยละ 50 (1 คะแนน)</p>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ผลการดำเนินงานเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กและในชุมชนของหน่วยบริการ	ร้อยละ	-	-	42.68

ผลงานรายอำเภอ ปี 2563

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (แห่ง)				ผลงาน	ร้อยละ
		ศพต	รร.รัฐ	รร.เอกชน	รวม		
1	เซกา	52	42	3	97	30	30.93
2	โซ่พิสัย	32	36	1	69	33	47.83
3	บึงโขงหลง	28	18	3	49	27	55.10
4	บุ่งคล้า	8	10	0	18	17	94.44
5	ปากคาด	11	15	3	29	10	34.48
6	พรเจริญ	20	21	2	43	21	48.84
7*	เมืองบึงกาฬ	104	57	3	164	50	30.30
8	ศรีวิไล	15	15	1	31	17	54.84
	รวม	270	214	16	500	205	54.84

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กแรกเกิด- 5 ปี (5 ปี 11 เดือน 29 วัน) ในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ TYPE 1,3 ในหมู่บ้าน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และที่มีรับบริการที่คลินิกเด็กดี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จากรายงาน HDC /รายงาน COCPIT 2.จากการประเมิน CUP ปีละ 2 รอบ
แหล่งข้อมูล	1) จาก Program HOSxP/ HOSxP_PCU ของโรงพยาบาล และ รพ.สต. 2) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกเด็กดี) 3) หมู่บ้าน 4) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีการดำเนินงานครบตามขั้นตอนที่วัด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งหมดในหน่วยบริการ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล					
เกณฑ์การประเมิน :					
การประเมิน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
รอบที่ 1	<20	20-24	25-29	30-39	≥ 40
รอบที่ 2	<30	30-34	35-39	40-49	≥ 50
วิธีรายงาน/ความถี่	1.สรุปผลการดำเนินงาน ตามรอบประเมิน CUP ปีละ 2 ครั้ง 2.สรุปรายงานจาก HDC				
ผู้ประสานงาน	1. นางวราภรณ์ บุญประเสริฐ เบอร์ติดต่อ : 0928989356,0929914595 E-mail : momoh_894@hotmail.com . 2.นางไกรสร จุลโยธา เบอร์ติดต่อ 0819544529 : E-mail :				

ตัวชี้วัด	10.ร้อยละของเด็กปฐมวัย 3 ปี ปราศจากฟันผุ				
ยุทธศาสตร์ที่	การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	2				
คำนิยาม	เด็ก 3 ปี หมายถึง เด็กอายุ 3 ปีเต็มจนถึงอายุ 3ปี 11เดือน 29วัน ปราศจากฟันผุ หมายถึง ในช่องปากเด็ก ปราศจากฟันผุ(caries free) โดยไม่มีรูฟันผุ (cavity) ฟันถอน(missing) และฟันอุด(filling)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละของเด็กปฐมวัย ปราศจากฟันผุ	ร้อยละ	55.22	51.47	71
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ3ปีเต็มจนถึงอายุ 3ปี 11เดือน 29วัน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในศพด.ในระดับอำเภอ โครงการและแผนปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขที่ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการ รายงานการประชุมคณะกรรมการ / คณะทำงานพัฒนางานระดับ CUP อย่างสม่ำเสมอ การจัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์การดำเนินงาน <ol style="list-style-type: none"> รายงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพปีละ 2 ครั้ง มี.ย. ธ.ค รายงานทันตกรรมจาก HDC รายงาน จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ แบบนิเทศติดตามการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพใน ศพด. รูปภาพกิจกรรม 				
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> รายงานทันตกรรมจาก HDC ผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพในเด็กกลุ่ม 3 ปี รายงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพใน ศพด.เดือนมี.ย.และเดือน ธ.ค. 				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน เด็ก 3 ปี ที่ปราศจากฟันผุ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็ก 3 ปีทั้งหมด (ในศพด.)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง				

เกณฑ์การประเมิน :

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
35	40	45	50	52

วิธีการประเมินผล :	เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 52 จากข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพใน ศพด.เดือนมิ.ย.และเดือน ธ.ค.
เอกสารสนับสนุน :	1. รายงานทันตกรรมจาก HDC 2. ผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพในเด็กกลุ่ม 3 ปี 3. รายงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพใน ศพด.เดือนมิ.ย.และเดือน ธ.ค.
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.น.ส.สิรินยา แสงไสย์ โทร : 086-8504402 2.ทพญ.พุทธิพร ตั้งพุทธสิริ โทร : 0817417397 E-mail : bkdent@yahoo.com กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.บึงกาฬ

ตัวชี้วัด	11.ร้อยละ 50 การให้บริการ เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์ในกลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี และเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ ในกลุ่มเด็กอายุ 6 ปี				
ยุทธศาสตร์ที่	การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	2				
คำนิยาม	เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์ หมายถึง การใช้ฟลูออไรด์วานิชเฉพาะที่ และการอมฟลูออไรด์เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ หมายถึง การเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ ซี่ 16, 26, 36, 46				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	อัตราการให้บริการ เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์ในกลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี	ร้อยละ	-	-	60.22
	อัตราการให้บริการ เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ ในกลุ่มเด็กอายุ 6 ปี	ร้อยละ	55.48	53.64	43.83
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-กลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี เด็กอายุ 4-12 ปี 11 เดือน 29 วัน -เด็กอายุ 6 ปี เด็กอายุ 6 ปี 11 เดือน 29 วัน				
แหล่งข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 4-12 ปี ที่ได้รับการ เคลือบ/ทาฟลูออไรด์ เป็นภาพรวมจังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนองService Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 19.2 OHSP ร้อยละเด็กอายุ 4-12 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ->คอลัมน์ A ->จำนวนเด็กอายุ 4-12 ปี ที่ได้รับการ เคลือบ/ทาฟลูออไรด์				
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนเด็กอายุ 6 ปี ที่ได้รับการ เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.2 OHSP ร้อยละเด็กอายุ 6 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ->คอลัมน์ A ->จำนวนเด็กอายุ 6 ปี ที่ได้รับการ เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้				
รายการข้อมูล 1	B1 = จำนวนเด็กอายุ 4-12 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ				

	จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 19.2 OHSP ร้อยละเด็กอายุ 4-12 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมน์ A -> จำนวนเด็กอายุ 4-12 ปี ทุกสิทธิที่รับผิดชอบ										
รายการข้อมูล 2	B2 = จำนวนเด็กอายุ 6 ปีในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.2 OHSP ร้อยละเด็กอายุ 6 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมน์ A -> จำนวนเด็กอายุ 6 ปี ที่ได้รับบริการ เคลือบหลุมร่องฟันฟันกรามแท้										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง										
เกณฑ์การประเมิน : 1. ร้อยละการให้บริการเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์ในกลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี $\frac{A1}{B1} \times 100$											
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30</td> <td>35</td> <td>40</td> <td>45</td> <td>50</td> </tr> </tbody> </table>		ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	30	35	40	45	50
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5							
30	35	40	45	50							
2. ร้อยละการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ในเด็กอายุ 6 ปี $\frac{A2}{B2} \times 100$											
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10</td> <td>20</td> <td>30</td> <td>40</td> <td>50</td> </tr> </tbody> </table>		ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	10	20	30	40	50
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5							
10	20	30	40	50							
วิธีการประเมินผล :											
เอกสารสนับสนุน :	1. แผนการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กเล็กและวัยเรียน 2. แผนการสุ่มติดตาม การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากระดับอำเภอ ตำบล และสุ่มประเมินการยึดติดของสารเคลือบหลุมร่องฟันระดับอำเภอ 3. รายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวปุณณิกา หมื่นสา โทร.088-5618807 2. นางสาวพุทธิพร ตั้งพุทธสิริ โทร 0817417397										

ตัวชี้วัด	12.ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ร้อยละ 60และความครอบคลุมรายงานเด็กอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุร้อยละ 80 (รายงาน HDC)				
ยุทธศาสตร์ที่	การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	2				
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุ 12 ปี หมายถึง นักเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติและมีความพิการ - ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ผู้ที่มีฟันน้ำนมหรือฟันแท้ในช่องปากที่ปกติ หรือผุและได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะอื่นใดอีก 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	กลุ่มเด็ก12ปีไม่มีฟันผุ	ร้อยละ	86.57	82.47	79.97
	ความครอบคลุมรายงานเด็ก12ปี ฟันดีไม่มีผุ	ร้อยละ	54.28	56.45	56.34
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กกลุ่มอายุ 12 ปีเต็มถึงอายุ 12 ปี 11 เดือน 29 วัน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>การสำรวจ/การรายงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.มีคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพช่องปากวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล 2.มีผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กวัยเรียน มีรายงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ (ทส.002 ทส.003) ระดับอำเภอและตำบล 3.มีการคืนข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพแก่เครือข่ายบริการ โรงเรียนและชุมชน 4.มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาฟันผุวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล 5.มีแผนปฏิบัติงานในการจัดบริการทันตสุขภาพและ/หรือบูรณาการกิจกรรมร่วมกับงานส่งเสริมสุขภาพ 6.มีรายงานและสรุปผลการดำเนินงานเป็นภาพรวมของCUP <ul style="list-style-type: none"> -กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหาร -ข้อมูลร.ร.ปลอดน้ำอัดลม 7.สรุปผลการดำเนินและผลการนิเทศติดตามงานและสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องรายไตรมาส 				
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC - รายงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพปีละ 2 ครั้ง มิถุนายนและธันวาคม - ข้อมูลจากการสำรวจกลุ่มอายุประจำปี 				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ปราศจากฟันผุ (caries free)				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือไม่มีฟันถูกถอน				

รายการข้อมูล 3	C=จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ได้รับการตรวจ										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{(A+B)}{C} \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง										
เกณฑ์การประเมิน : 1. ร้อยละ 60 เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) <table border="1" data-bbox="242 488 1200 589"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>52</td> <td>54</td> <td>56</td> <td>58</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table>		ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	52	54	56	58	60
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5							
52	54	56	58	60							
2. ร้อยละการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ในเด็กอายุ 6 ปี $\frac{A2}{B2} \times 100$ <table border="1" data-bbox="242 757 1200 857"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10</td> <td>20</td> <td>40</td> <td>60</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>		ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	10	20	40	60	80
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5							
10	20	40	60	80							
วิธีการประเมินผล :	1. เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุระบบรายงาน HDC 2. ความครอบคลุมรายงาน 12ปี ฟันดีไม่มีผุ รายงาน HDC										
เอกสารสนับสนุน :	1. รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระดับจังหวัด 2. รายงานนิเทศการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา 3. รายงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพทส.003และกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. น.ส.ปุณณิกา หมั่นสา โทร 088-5618807 2. ทพญ.นิชาภัทร ทักสินวิจิตรพันธ์ โทร 0946369897										

ตัวชี้วัดที่	13.ระดับความสำเร็จของเด็กอายุ 6 – 14 ปี สูงดีสมส่วน				
ยุทธศาสตร์ที่	1.ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ				
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ				
น้ำหนัก	2				
คำนิยาม	<p>เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม – 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p> <p>โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)</p> <p>ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า - 2 S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่ดีอาจเนื่องมาจากการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ</p> <p>ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง > + 2 S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี 2542</p> <p>ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง</p> <p>เด็กสูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิง อายุ 12 ปี (เด็กอายุ 12 ปีเต็ม ถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	61.07	53.46	65.49
	เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม	ร้อยละ	5.04	5.91	5.46
	เด็กอายุ 6-14 ปี อ้วน	ร้อยละ	11.71	13.34	11.85
	เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย	ร้อยละ	12.93	19.83	6.27
	ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี	ซม.	ช = 144.73 ญ = 146.62	ช = 142.24 ญ = 143.64	ช = 148.95 ญ = 150.34
	ความครอบคลุมข้อมูลชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	ร้อยละ	64.05	61.16	45.0
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา หรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาสมัธยมศึกษาทุกสังกัด (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูลจาก Health Data Center														
แหล่งข้อมูล	1.สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (รพท./รพช./รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง) 2.ฐานข้อมูลจำนวนนักเรียนจากระบบ DMC กระทรวงศึกษาธิการ														
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน														
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะผอม														
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน														
รายการข้อมูล 4	A4 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย														
รายการข้อมูล 5	A5 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง														
รายการข้อมูล 6	A6 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง														
รายการข้อมูล 7	B1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด														
รายการข้อมูล 8	B2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทั้งหมดในโรงเรียน														
รายการข้อมูล 9	B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 12 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด														
รายการข้อมูล 10	B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 12 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด สำรวจเพื่อเป็นข้อมูล พื้นฐาน (Baseline data ที่แสดงให้เห็นแนวโน้ม ภาวะทุพโภชนาการใน ภาพรวม) วัดผลปีงบประมาณ 2565	<table border="0"> <tr> <td>1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน</td> <td>= (A1/B1) × 100</td> </tr> <tr> <td>2. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม</td> <td>= (A2/B1) × 100</td> </tr> <tr> <td>3. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน</td> <td>= (A3/B1) × 100</td> </tr> <tr> <td>4. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย</td> <td>= (A4/B1) × 100</td> </tr> <tr> <td>5. ความครอบคลุม</td> <td>= (B1/B2) × 100</td> </tr> <tr> <td>6. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี</td> <td>= (A5 / B3)</td> </tr> <tr> <td>7. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี</td> <td>= (A6 / B4)</td> </tr> </table>	1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	= (A1/B1) × 100	2. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม	= (A2/B1) × 100	3. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน	= (A3/B1) × 100	4. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย	= (A4/B1) × 100	5. ความครอบคลุม	= (B1/B2) × 100	6. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี	= (A5 / B3)	7. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี	= (A6 / B4)
1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	= (A1/B1) × 100														
2. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม	= (A2/B1) × 100														
3. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน	= (A3/B1) × 100														
4. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย	= (A4/B1) × 100														
5. ความครอบคลุม	= (B1/B2) × 100														
6. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี	= (A5 / B3)														
7. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี	= (A6 / B4)														
ระยะเวลา ประเมินผล	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ : ภาคเรียนที่ 2/63 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูลเดือน ธ.ค.63, ม.ค. 64, ก.พ. 64 ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ. 64 ภาคเรียนที่ 1/64 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูลเดือน พ.ค. 64, มิ.ย. 64, ก.ค. 64 ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค. 64														
เกณฑ์การประเมิน : ระดับจังหวัด - ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน <table border="1" data-bbox="438 1556 1404 1691"> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4 คะแนน</td> <td>5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>≤56</td> <td>57 – 59</td> <td>60 – 62</td> <td>63 - 65</td> <td>≥66</td> </tr> </table>		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	≤56	57 – 59	60 – 62	63 - 65	≥66				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน											
≤56	57 – 59	60 – 62	63 - 65	≥66											

ระดับอำเภอ																														
แบ่งการประเมินโดยให้คะแนนตามระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน 5 ระดับ ดังนี้																														
ระดับความสำเร็จ	รายละเอียดการดำเนินงาน					เกณฑ์การให้คะแนน																								
1	<p>อำเภอมีฐานข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง (2560 - 2562) ดังนี้</p> <p>1.ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน (สูงตีสมส่วน/อ้วน/เตี้ย/พอม) แยกรายโรงเรียน</p> <p>2.รายงานผลการตรวจสอบสภาพนักเรียนตามงานอนามัยโรงเรียน (การตรวจวัดสายตาและการได้ยิน, การตรวจฟัน, การตรวจภาวะโลหิตจาง, การตรวจหา และการได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก)</p>					0.5																								
2	<p>1. มีการชั่งน้ำหนัก วัดความสูง โดยใช้อุปกรณ์และเทคนิคการวัดที่ได้มาตรฐาน และถูกต้อง เพื่อนำมาแปลผลภาวะโภชนาการ และออกตรวจสอบสภาพนักเรียนตามกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่ม 6 - 24 ปี ตามชุดสิทธิประโยชน์ พ.ศ.2559 (สปสช.)</p> <p>2. มีการนำเข้าข้อมูลภาวะโภชนาการ</p> <p><u>รอบที่ 1</u> นำเข้าข้อมูลในช่วง 3 เดือน คือ ธ.ค. 63, ม.ค., ก.พ.64 ในภาคการ เรียน ที่ 2/2563 ในระบบ 43 แฟ้ม ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ. 2563</p> <p><u>รอบที่ 2</u> นำเข้าข้อมูลในช่วง 3 เดือน คือ พ.ค., มิ.ย., ก.ค. 64 ในภาคการเรียนที่ 1/2564 ในระบบ 43 แฟ้ม ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค. 2564</p> <p>3. ร้อยละความครอบคลุมในการลงข้อมูลชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><50</td> <td>50 - 59</td> <td>60 - 69</td> <td>70 - 79</td> <td>80≥</td> </tr> <tr> <td>ความ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ครอบคลุม</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>หมายเหตุ ฐานข้อมูลประชากร 6 - 14 ปี ในแต่ละพื้นที่</p>					คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	<50	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80≥	ความ						ครอบคลุม						0.25
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																									
ร้อยละ	<50	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80≥																									
ความ																														
ครอบคลุม																														
3	<p>อำเภอมีการดำเนินการ ดังนี้</p> <p>1.การจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (พอม อ้วน เตี้ย) และการส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดี และรูปร่างสมส่วน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรณรงค์ตีมนมจืด ยืดความสูงในโรงเรียนและชุมชน - มีการจัดมหกรรมกระโดดโลดเต้น เล่นสนุก เพื่อเด็กไทยยุคใหม่สูงดีสมส่วน อย่างน้อย 1 โรงเรียน - มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง โดยการตรวจ obesity sign <p>1) รอบคอดำ 2) นั่งหลับ 3)นอนกรน 4)ประวัติการเจ็บป่วยครอบครัว จากสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข (Service plan) คลินิก DPAC</p>					0.5																								

	<p>2. ออกเยี่ยมและให้ความรู้เรื่อง หลักการจัดอาหารกลางวัน (Thai school lunch) และสุขภาพอาหารในโรงเรียนให้แก่ครูอนามัย ครูโภชนาการและแม่ครัว</p> <p>3. รายงานผลการตรวจสอบคุณภาพนักเรียนตามงานอนามัยโรงเรียน และรายงานการจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย) และการส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดี และรูปร่างสมส่วนในปีงบประมาณ 2564 (ข้อมูลเทอม 1/63 และเทอม 2/63)</p>	0.25																								
		0.25																								
4	<p>อำเภอมีการดำเนินการสนับสนุนยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ให้เด็กอายุ 6 – 14 ปี</p> <p>1. มีทะเบียน/หลักฐาน/หนังสือราชการ การจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กให้กับเด็กอายุ 6 – 14 ปี หรือทะเบียน/หลักฐาน/หนังสือราชการ การจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กสนับสนุนโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>2. ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน</p> <p>ร้อยละของเด็กอายุ 6 – 14 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก (ข้อมูลจาก HDC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตุลาคม 63 – มีนาคม 64 (0.5 คะแนน) (รอบที่ 1) - เมษายน 63 – กันยายน 63 (0.5 คะแนน) (รอบที่ 2) 	0.5																								
		0.5																								
	<table border="1"> <tr> <td>0.1 คะแนน</td> <td>0.2 คะแนน</td> <td>0.3 คะแนน</td> <td>0.4 คะแนน</td> <td>0.5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>≤19</td> <td>20 - 29</td> <td>30 - 39</td> <td>40 - 49</td> <td>50≥</td> </tr> </table>	0.1 คะแนน	0.2 คะแนน	0.3 คะแนน	0.4 คะแนน	0.5 คะแนน	≤19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50≥															
0.1 คะแนน	0.2 คะแนน	0.3 คะแนน	0.4 คะแนน	0.5 คะแนน																						
≤19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50≥																						
5	<p>ผลลัพธ์การดำเนินงาน</p> <p>ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน แบ่งเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ภาคการศึกษาที่ 2/2563 (1 คะแนน) (รอบที่ 1) - ภาคการศึกษาที่ 1/2564 (1 คะแนน) (รอบที่ 2) 	1																								
	<table border="1"> <tr> <td>0.2 คะแนน</td> <td>0.4 คะแนน</td> <td>0.6 คะแนน</td> <td>0.8 คะแนน</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>≤56</td> <td>57 - 59</td> <td>60 - 62</td> <td>63 - 65</td> <td>≥66</td> </tr> </table>	0.2 คะแนน	0.4 คะแนน	0.6 คะแนน	0.8 คะแนน	1 คะแนน	≤56	57 - 59	60 - 62	63 - 65	≥66															
0.2 คะแนน	0.4 คะแนน	0.6 คะแนน	0.8 คะแนน	1 คะแนน																						
≤56	57 - 59	60 - 62	63 - 65	≥66																						
วิธีการประเมินผล :	<p>วิธีการประเมินผล</p> <p>ประเมินรอบที่ 1/2564 (ประเมินระดับความสำเร็จที่ 1-5)</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4 คะแนน</td> <td>5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ระดับความสำเร็จ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>ประเมินรอบที่ 2/2564 (ประเมินระดับความสำเร็จที่ 1-5)</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4 คะแนน</td> <td>5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ระดับความสำเร็จ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ระดับความสำเร็จ	1	2	3	4	5	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ระดับความสำเร็จ	1	2	3	4	5	
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																					
ระดับความสำเร็จ	1	2	3	4	5																					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																					
ระดับความสำเร็จ	1	2	3	4	5																					

<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในอนามัยวัยเรียน จังหวัดบึงกาฬ 2.แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และคลินิก DPAC 3.คู่มือ การจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน 4.แนวทางการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ HosXP (PCU) 5.โปสเตอร์/แผ่นพับ การออกกำลังกายแบบกระโดดโลดเต้น 6.สื่อชมรมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กไทย (ChOPA & ChiPA Game) 7.ชุดความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม (NuPETHS) 8.โปรแกรม INMU – Thaingrowth ในการคำนวณภาวะโภชนาการ 9.สมุดบันทึกการตรวจสุขภาพนักเรียนชั้น ป.5-ป.6 และ ม.1 - ม.6 10.อร.14
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1.ชื่อ – สกุล นายสรศักดิ์ ต้นทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ 110 โทรศัพท์มือถือ : 082-4966228 โทรสาร : 042-492011 E-mail : Tor.sorasak@gmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p> <p>2.ชื่อ – สกุล นางสาวธัญญลักษณ์ ทอนราช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ 110 โทรศัพท์มือถือ : 095-7345139 โทรสาร : 042-492011 E-mail : thonrach0204@gmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>

ชื่อตัวชี้วัด	14.ความสำเร็จของการดำเนินงานในการลดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี				
ยุทธศาสตร์ที่	1.ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ				
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ				
น้ำหนัก	2				
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	อัตราการคลอดมีชีพในหญิง 15-19 ปี	อัตราต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	33.32	25.41	23.56
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีทำการเก็บข้อมูล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ที่มีการคลอดและทำการแจ้งเกิดกับนายทะเบียนแห่งท้องที่ที่เกิดและปรากฏข้อมูลอยู่ในฐานทะเบียนราษฎร์				
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (รพท./รพช./รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากทะเบียนเกิด)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด (จำนวนประชากรกลางปีจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลตามรอบการประเมิน CUP 2 รอบ/ปี				
เกณฑ์การประเมิน :					
ระดับจังหวัด					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
≥ 34	32 – 33	30 – 31	28 - 29	< 27	
ระดับอำเภอ					
แบ่งการประเมินโดยให้คะแนนตามระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน 4 ระดับ ดังนี้					
ระดับความสำเร็จ	รายละเอียดการดำเนินงาน				เกณฑ์การให้คะแนน
1	อำเภอมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในหญิงตั้งครรภ์อายุ 15 – 19 ปี เช่น ความพึงประสงค์ในการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ เป็นต้น				1
2	อำเภอมีการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์อายุ 15 – 19 ปี เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่				0.5

3	อำเภอมีการแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม/ในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 15 – 19 ปี	1															
4	<p>อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี ต่อพันประชากร</p> <table border="1" data-bbox="534 347 1268 481"> <tr> <td>0.5</td> <td>1.0</td> <td>1.5</td> <td>2.0</td> <td>2.5</td> </tr> <tr> <td>คะแนน</td> <td>คะแนน</td> <td>คะแนน</td> <td>คะแนน</td> <td>คะแนน</td> </tr> <tr> <td>≥ 34</td> <td>32 – 33</td> <td>30 – 31</td> <td>28 - 29</td> <td>< 27</td> </tr> </table>	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	≥ 34	32 – 33	30 – 31	28 - 29	< 27	2.5
0.5	1.0	1.5	2.0	2.5													
คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน													
≥ 34	32 – 33	30 – 31	28 - 29	< 27													
วิธีการประเมินผล :	<p>1.ระบบรายงานข้อมูล HDC</p> <p>2.รายงานการเก็บข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดบึงกาฬ</p> <p>3.มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน</p> <p>4.ดำเนินกิจกรรมหลัก ดังนี้</p> <p>4.1 ดำเนินงานอนามัยวัยรุ่นผ่านอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และมาตรฐานการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน</p> <p>4.2 ขับเคลื่อนพระราชบัญญัติป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับอำเภอ</p> <p>4.3 มีการนำหลักสูตร”เพศคุยได้ในครอบครัว” และ “Smart Youth” ไปใช้ในพื้นที่</p> <p>4.4 มีระบบ One hospital One School ทุกอำเภอ</p> <p>4.5 ขยายการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนลงสู่ รพ.สต.</p> <p>5.มีรายงานการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม</p>																
เอกสารสนับสนุน :	<p>1.คู่มือการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์</p> <p>2.แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดบึงกาฬ (ผ่านระบบ QR Code)</p>																
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1.ชื่อ - สกุล นายสรศักดิ์ ต้นทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ 110 โทรศัพท์มือถือ : 082-4966228 โทรสาร : 042-492011 E-mail : Tor.sorasak@gmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p> <p>2.ชื่อ - สกุล นางสาวธัญญลักษณ์ ทอนราช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ 110 โทรศัพท์มือถือ : 095-7345139 โทรสาร : 042-492011 E-mail : thonrach0204@gmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>																

ตัวชี้วัดที่	15.ความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน
ยุทธศาสตร์ที่	1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	3
คำนิยาม	<p>วัยทำงาน หมายถึง ประชาชนอายุ 18 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถเพิ่มขึ้น ในการควบคุมและการส่งเสริมให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น ในการที่จะบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผ่านกิจกรรม ดังต่อไปนี้</p> <p><u>1. คลินิกไร้พุง (DPAC)</u> คือ คลินิกที่มีการดำเนินการให้บริการในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ และการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย รวมถึงการสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืน โดยมีการดำเนินงาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 มีการจัดตั้งคลินิก 1.2 มีทีมงาน 1.3 มีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมการให้บริการในคลินิก 1.4 มีระบบการประเมิน/ติดตาม/พัฒนาแผนในการติดตาม <p><u>2. คลินิกไร้พุงคุณภาพ (DPAC Quality)</u> หมายถึง คลินิกไร้พุงที่มีการดำเนินการให้บริการในสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการและการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย รวมถึงการสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืน ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกไร้พุง โดยมีเนื้อหาการประเมิน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 การนำองค์กร 2.2 การวางแผนและบริหารเชิงกลยุทธ์ 2.3 การมุ่งเน้นผู้รับบริการ/ประชาชน 2.4 การวัด วิเคราะห์และการจัดการความรู้ 2.5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล 2.6 การจัดการขบวนการ 2.7 ผลลัพธ์การดำเนินงาน <p><u>3. ชุมชน/หมู่บ้านไร้พุง</u> หมายถึง ชุมชน/หมู่บ้านไร้พุงมีกระบวนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงานในชุมชน/หมู่บ้าน ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ โดยดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 มีคณะกรรมการรับผิดชอบการจัดการในภาพรวมของหมู่บ้าน 3.2 มีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในหมู่บ้าน

	<p>3.3 มีแผนงานโครงการหรือการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการตลอดจนมีการติดตามและประเมินผลและมีการดำเนินงานตามแผนจนเกิดผลลัพธ์ตามนโยบาย</p> <p>3.4 มีกระบวนการหรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สร้างทักษะลดพุง การควบคุมน้ำหนัก ให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยนำภารกิจ 3๐ 2ส มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>3.5 มีการจัดการหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน/หมู่บ้าน</p> <p>3.6 มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ในชุมชน/หมู่บ้าน</p> <p>3.7 มีการประเมินก่อน - หลังการดำเนินการชุมชน/หมู่บ้านไร้พุง</p> <p>4. ตำบลส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานตอนปลาย หมายถึง ตำบลมีกระบวนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย (อายุ 45 – 59 ปี) ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีกิจกรรมเพื่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ตลอดจนมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ตามบริบทของพื้นที่ โดยดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้</p> <p>4.1 มีคณะกรรมการรับผิดชอบการจัดการในภาพรวมของตำบล</p> <p>4.2 มีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน</p> <p>4.3 มีแผนงานโครงการหรือการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการตลอดจนมีการติดตามและประเมินผลและมีการดำเนินงานตามแผนจนเกิดผลลัพธ์ตามนโยบาย</p> <p>4.4 มีกระบวนการหรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>4.5 มีการจัดการหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงานตอนปลาย</p> <p>4.6 มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานตอนปลายในพื้นที่รับทราบข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพและการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ</p> <p>ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5 - 22.9 กก./ตรม.</p> <p>พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง วัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ประกอบด้วยพฤติกรรม ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือ กินผักวันละ 5 ทัพพี ตั้งแต่ 4 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ 2. พฤติกรรมออกกำลังกาย คือ มีกิจกรรมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ 3. พฤติกรรมนอนหลับ คือ นอน 7 – 9 ชั่วโมงต่อวัน ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ 4. ทันทสุขภาพ คือ แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน นานอย่างน้อย 2 นาที <p>*หมายเหตุ : หากตอบพฤติกรรมสุขภาพข้อใดข้อหนึ่งไม่พึงประสงค์ จะถือว่าไม่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์ทันที</p>
--	---

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถที่แสดงออกมาของบุคคล ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลความรู้และบริการสุขภาพด้านกายและ จิตได้อย่างเหมาะสม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ประชาชนรู้แหล่งข้อมูล ความรู้ และสถานที่ และสามารถค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

2. การเข้าใจข้อมูล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ประชาชนเข้าใจความหมาย ของคำศัพท์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ตีความจากข้อมูลได้ถูกต้อง อธิบายเหตุผลความ จำเป็นของการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเองได้ เข้าใจขั้นตอนและ ปฏิบัติตามขั้นตอนได้ถูกต้อง สามารถบอกได้ว่าจะนำข้อมูลที่ได้รับไปปรับใช้ให้ เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองได้อย่างไร และสามารถชี้แจงหรืออธิบายให้คนอื่นเข้าใจ ได้

3. การประเมินข้อมูล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ประชาชนบอกได้ถูกต้อง ว่าข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและจากแหล่งใดมีความน่าเชื่อถือ ถูกต้อง และเหมาะสมกับตนเอง บอกได้ว่าการดูแลสุขภาพใดที่ตนเองควรได้รับ และสามารถ ร่วมแลกเปลี่ยนความเห็นและตอบโต้ซักถามเรื่องการดูแลสุขภาพกับบุคลากรด้าน สาธารณสุข และคนอื่นๆ ได้

4. การปรับใช้ข้อมูล ความรอบรู้ หมายถึง ประชาชนตัดสินใจหรือร่วมตัดสินใจบน ฐานข้อมูลและความรู้ที่น่าเชื่อถือ ถูกต้อง และเพียงพอ สำหรับการเข้าร่วมการดูแล สุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง

5. ผู้ลงทะเบียน หมายถึง ประชาชนซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล และดำเนินการกรอก ข้อมูลเข้าสู่ระบบลงทะเบียนโครงการ 10 ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อ สุขภาพ/โครงการก้าวทำใจ

6. บัญชี หมายถึง ข้อมูลการลงทะเบียนครอบครัวในโครงการ 10 ล้านครอบครัว ไทยออกกายเพื่อสุขภาพ/โครงการก้าวทำใจ

รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2560	2561	2562	2563
ร้อยละความครอบคลุมการประเมิน ดัชนีมวลกายในกลุ่มประชากร	ร้อยละ	ร้อยละ	-	-	-	64.14
ร้อยละของวัยทำงาน อายุ 18 - 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ	ร้อยละ	53.76	59.48	59.33	56.14
ร้อยละความครอบคลุมการประเมิน พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ	ร้อยละ	-	-	-	100
ร้อยละของวัยทำงาน อายุ 25 - 59 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ พึงประสงค์	ร้อยละ	ร้อยละ	-	-	-	26.37
ร้อยละของวัยทำงานมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ	ร้อยละ	ร้อยละ	-	-	-	-

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนวัยทำงานอายุ 18 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม 2. สุ่มประเมินตามระเบียบวิธีวิจัยโดยพื้นที่/สำรวจ ส่งรายงานผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัย 3. การลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูลครอบครัวอบอุ่นออกกำลังกาย/โครงการก้าวทำใจ
แหล่งข้อมูล	1. โปรแกรม HDC 2. ระบบให้บริการสมุดสุขภาพประชาชน Health For You (H4U) 3. การรายงานผลการลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูลครอบครัวอบอุ่นออกกำลังกาย
รายการข้อมูล 1	1. ร้อยละความครอบคลุมการประเมินดัชนีมวลกายในกลุ่มประชากร A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ทั้งหมด
รายการข้อมูล 2	2. ร้อยละของวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ C = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	3. ร้อยละความครอบคลุมการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ D = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 25 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ E = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 25 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานีกำหนด
รายการข้อมูล 4	4. ร้อยละของวัยทำงานอายุ 25 - 59 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ F = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 25 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ D = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 25 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
รายการข้อมูล 5	5. ร้อยละของวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ G = วัยทำงานอายุ 18 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละความครอบคลุมการประเมินดัชนีมวลกายในกลุ่มประชากร = $(A/B) \times 100$ 2. ร้อยละของวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ = $(C/A) \times 100$

	<p>3. ร้อยละความครอบคลุมการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ = (D/E) × 100</p> <p>4. ร้อยละของวัยทำงานอายุ 25 - 59 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ = (F/D) × 100</p> <p>5. ร้อยละของวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ = (G/B) × 100</p>				
ระยะเวลาประเมินผล	<p>รอบที่ 1 6 เดือนแรก (ตุลาคม 2563 – มีนาคม 2564)</p> <p>รอบที่ 2 6 เดือนหลัง (เมษายน 2564 – กันยายน 2564)</p>				
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p><u>ระดับจังหวัด</u></p> <p>1. ร้อยละของวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 55)</p>					
หน่วยวัด	เป้าหมาย				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	≥55
<p><u>ระดับอำเภอ (ไตรมาส 2) ประเมินเชิงปริมาณ (5 คะแนน)</u></p> <p>1. ร้อยละความครอบคลุมการประเมินดัชนีมวลกายในกลุ่มประชากร (1 คะแนน)</p>					
หน่วยวัด	เป้าหมาย				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	≥40
<p>* หมายเหตุ : กรณีร้อยละความครอบคลุมการประเมินดัชนีมวลกายในกลุ่มประชากร น้อยกว่าร้อยละ 20 จะไม่นับคะแนนข้อ 2</p>					
<p>2. ร้อยละของวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (2 คะแนน)</p>					
หน่วยวัด	เป้าหมาย				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	เพิ่มขึ้น 0.1 จากปี 2563	เพิ่มขึ้น 0.2 จากปี 2563	เพิ่มขึ้น 0.3 จากปี 2563	เพิ่มขึ้น 0.4 จากปี 2563	เพิ่มขึ้น 0.5 จากปี 2563
<p>3. ร้อยละของวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (2 คะแนน)</p>					
หน่วยวัด	เป้าหมาย				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	1 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	>20

ระดับอำเภอ (ไตรมาส 4) ประเมินเชิงปริมาณ (5 คะแนน)					
1. ร้อยละความครอบคลุมการประเมินดัชนีมวลกายในกลุ่มประชากร (0.5 คะแนน)					
หน่วยวัด	เป้าหมาย				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	≥60
* หมายเหตุ : กรณีร้อยละความครอบคลุมการประเมินดัชนีมวลกายในกลุ่มประชากร น้อยกว่าร้อยละ 40 จะไม่นับคะแนนข้อ 2					
2. ร้อยละของวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (1.25 คะแนน)					
หน่วยวัด	เป้าหมาย				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	เพิ่มขึ้น 0.6 จากปี 2563	เพิ่มขึ้น 0.7 จากปี 2563	เพิ่มขึ้น 0.8 จากปี 2563	เพิ่มขึ้น 0.9 จากปี 2563	เพิ่มขึ้น 1 จากปี 2563
3. ร้อยละความครอบคลุมการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (0.5 คะแนน)					
หน่วยวัด	เป้าหมาย				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	<70	70 - 79	80 - 89	90 - 99	100
* หมายเหตุ : กรณีร้อยละของวัยทำงานอายุ 25 - 59 ปี ที่ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์น้อยกว่าร้อยละ 70 จะไม่นับคะแนนข้อ 4					
4. ร้อยละของวัยทำงานอายุ 25 - 59 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (1.25 คะแนน)					
หน่วยวัด	เป้าหมาย				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	≥40
5. ร้อยละของวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (1.5 คะแนน)					
หน่วยวัด	เป้าหมาย				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	21	22	23	24	25
วิธีการประเมินผล :	การประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขแต่ละอำเภอ ปีละ 2 ครั้ง				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรคอ้วนลงพุง 2. พิกิตอ้วน พิกิตพุง 3. คู่มือหุ่นสวย ด้วยตนเอง 4. ขยับกับกิน 				

5. คู่มือการใช้งานระบบให้บริการสมุดสุขภาพประชาชน Health For You (H4U)
6. วิมล โรมา และคณะ. (2561). การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560. [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2562 ที่ <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/11454>
7. คู่มือการดำเนินงานโครงการ 10 ล้านครอบครัวไทยออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก
8. โปสเตอร์คีตะมวยไทย 10 ท่า ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเฉลิมพระเกียรติฯ <https://activefam.anamai.moph.go.th/Poster>
9. โปสเตอร์เชิญชวนชาวไทยทุกท่านร่วมออกกำลังกายถวายในหลวง กับโครงการ 10 ล้านครอบครัวไทยออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเฉลิมพระเกียรติฯ <https://activefam.anamai.moph.go.th/Poster>
10. แผ่นพับโครงการ 10 ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก <https://activefam.anamai.moph.go.th/Brochure>
11. วีดิทัศน์ขั้นตอนการลงทะเบียน โครงการ 10 ล้านครอบครัวไทย https://activefam.anamai.moph.go.th/registration_process
12. ผลการดำเนินงานร้อยละของวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ประจำปีงบประมาณ 2563 แยกรายอำเภอ

อำเภอ	ผลการดำเนินงาน ปี 2563
บึงกาฬ	78.5
พรเจริญ	49.35
โซ่พิสัย	70.49
เซกา	61.49
ปากคาด	41.56
บึงโขงหลง	53.97
ศรีวิไล	55.50
บุ่งคล้า	61.13
จังหวัดบึงกาฬ	63.37

(ข้อมูล ณ HDC เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2563)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ชื่อ-สกุล นางสาวทัศนีย์ โพธิจันทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 492 046 ต่อ 110 โทรศัพท์มือถือ : 065 553 5441
โทรสาร : 042 492 011 E-mail : potijan2018@hotmail.com
สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
2. ชื่อ-สกุล นางไภษร จุลโยธา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 492 046 ต่อ 110 โทรศัพท์มือถือ : 081 954 4529
โทรสาร : 042 492 011 E-mail : kraisorn_julz@hotmail.co.th
สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ชื่อตัวชี้วัด	16.ประชาชนเข้าถึงสื่อสุขภาพ			
ยุทธศาสตร์	1.การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์			
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ			
หน่วยวัด	ร้อยละ			
น้ำหนัก	2			
คำนิยาม	<p>ประชาชน คือ บุคคลที่มีอายุ 15 – 59 ปี ที่อ่านออกเขียนได้ ตัวแทนบุคคลที่เป็นเป้าหมายในประเด็นปัญหา การเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพ การกินหวานมันเค็ม การแปรงฟัน การออกกำลังกาย การจัดการขยะ</p> <p>เข้าถึงสื่อด้านสุขภาพ คือ สามารถสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ตรวจสอบข้อมูลและแหล่งบริการที่น่าเชื่อถือ</p> <p>สื่อสุขภาพ คือ การติดต่อสื่อสารมีเนื้อหาด้านสุขภาพ ในลักษณะรูปแบบจำลอง S M C R Model ของ เบอร์โล (Berlo) เป็นผู้คิดค้นกระบวนการ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ส่ง (Source) ต้องเป็นผู้ที่มีทักษะความชำนาญในการสื่อสาร โดยมีความสามารถในการเข้ารหัส (encode) เนื้อหาข่าวสาร มีเจตคติที่ดีต่อผู้รับเพื่อผลในการสื่อสาร มีความรู้อย่างดีเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่จะส่ง มีความสามารถในการปรับระดับของข้อมูลนั้นให้เหมาะสม ง่ายต่อระดับความรู้ ตลอดจนพื้นฐานทางสังคม และวัฒนธรรม ที่สอดคล้องกับผู้รับสาร 2. ข้อมูลข่าวสาร (Message) เกี่ยวข้องทางด้านเนื้อหา สัญลักษณ์ และวิธีการส่งข่าวสาร 3. ช่องทางในการส่ง (Channel) คือ การที่จะส่งข่าวสารโดยการให้ผู้รับได้รับข่าวสารข้อมูล โดยผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 หรือเพียงส่วนใดส่วนหนึ่ง คือ การได้ยิน การดู การสัมผัส การลิ้มรส หรือการได้กลิ่น 4. ผู้รับ (Receiver) เป็นผู้มีความพร้อม และทักษะความชำนาญในการสื่อสารโดยมีความสามารถในการ “การถอดรหัสสาร” (decode) เป็นผู้ที่มีเจตคติ ระดับความรู้ และพื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรม เช่นเดียวหรือคล้ายคลึงกันกับผู้ส่งสารจึงจะทำให้การสื่อความหมายหรือการสื่อสารนั้นได้ผล <p>หมายเหตุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ เข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบแลกเปลี่ยน ตัดสินใจ การปรับเปลี่ยน และบอกต่อ ดังนั้น การเข้าถึงสื่อจึงเป็นการบ่งบอกถึงโอกาสเบื้องต้นในการมี Health Literacy</p>			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2561	2562
	-	-	-	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 15-59 ปี ใน 8 อำเภอ สุ่มอำเภอละ 2 ตำบลๆ ละ 1 หมู่บ้านๆ ละอย่างน้อย 35 คน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1.เตรียม ข้อมูล ประสานกลุ่มงาน กำหนดพฤติกรรมประเมินที่ต้องการวัดการเข้าถึง 2.จัดทำคำสั่งทีมสำรวจ ประชุมชี้แจง การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ การนำเสนอ คั้นข้อมูล 3.จัดทำคำสั่งคณะกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ระดับจังหวัด 4.จัดทำแผนออกสุ่มสำรวจ แจ้งเป้าหมายพื้นที่ล่วงหน้า อย่างน้อย 1 สัปดาห์ 			

	5.ออกติดตาม และประเมินการเข้าถึงสื่อ ตามแผน และสรุปผลการดำเนินงาน คืบ ข้อมูล												
แหล่งข้อมูล	ประชาชนในหมู่บ้านเป้าหมายที่ได้รับการสุ่มสำรวจ												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหมู่บ้าน(ประชาชน)ที่ได้รับการสุ่ม ผ่านเกณฑ์การเข้าถึงสื่อสุขภาพ												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหมู่บ้าน(ประชาชน) ทั้งหมดในแต่ละตำบลของอำเภอที่ได้รับการสุ่มประเมิน												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 เดือนแรก ก่อนเดือนกุมภาพันธ์ 2564 รอบ 6 เดือนหลัง ก่อนเดือนกรกฎาคม 2564 หมายเหตุ : 6 เดือนหลัง ใช้ข้อมูล วันที่ 31 กรกฎาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์												
เกณฑ์การประเมิน : ระดับจังหวัด													
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>รอบ 6 เดือนแรก</th> <th>รอบ 6 เดือนหลัง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.หมู่บ้านในตำบลที่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการประเมินการเข้าถึงสื่อสุขภาพ</td> <td>≥ ร้อยละ 70 ขึ้นไป (≥ 12 หมู่บ้าน)</td> <td>≥ ร้อยละ 70 ขึ้นไป (≥ 12 หมู่บ้านขึ้นไป)</td> </tr> </tbody> </table>		ตัวชี้วัด	รอบ 6 เดือนแรก	รอบ 6 เดือนหลัง	1.หมู่บ้านในตำบลที่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการประเมินการเข้าถึงสื่อสุขภาพ	≥ ร้อยละ 70 ขึ้นไป (≥ 12 หมู่บ้าน)	≥ ร้อยละ 70 ขึ้นไป (≥ 12 หมู่บ้านขึ้นไป)						
ตัวชี้วัด	รอบ 6 เดือนแรก	รอบ 6 เดือนหลัง											
1.หมู่บ้านในตำบลที่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการประเมินการเข้าถึงสื่อสุขภาพ	≥ ร้อยละ 70 ขึ้นไป (≥ 12 หมู่บ้าน)	≥ ร้อยละ 70 ขึ้นไป (≥ 12 หมู่บ้านขึ้นไป)											
ระดับอำเภอ รอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน													
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงสื่อสุขภาพ</td> <td>10-20%</td> <td>21-40%</td> <td>41-60%</td> <td>61-69%</td> <td>≥70%</td> </tr> </tbody> </table>		ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงสื่อสุขภาพ	10-20%	21-40%	41-60%	61-69%	≥70%
ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน								
ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงสื่อสุขภาพ	10-20%	21-40%	41-60%	61-69%	≥70%								
วิธีการประเมินผล :	1.สุ่มสำรวจแบบอย่างง่าย หลายครั้ง ใน 8 อำเภอ ๆ ละ 2 ตำบล 1 ละ 1 หมู่บ้าน ๆ อย่างน้อย 35 คน 2.ระดับจังหวัด คำนวณสัดส่วน ร้อยละจากการสำรวจหมู่บ้านในตำบลที่ประชาชน ได้รับการ การประเมินการเข้าถึงสื่อสุขภาพ 3.ระดับอำเภอ คำนวณสัดส่วน ร้อยละประชาชนอายุ 15-59 ปี ในหมู่บ้านทั้งหมด ที่ ได้รับการสุ่มสำรวจ กับการเข้าถึงสื่อสุขภาพในหมู่บ้าน												
เอกสารสนับสนุน :	1. เว็บไซต์ สำนักงานสารสนเทศ https://pr.moph.go.th/?url=main/index เว็บไซต์ สคร. 8 http://odpc8.ddc.moph.go.th/ 2.คู่มือการดำเนินงานตามประเด็นปัญหา ของแต่ละกลุ่มงานใน สสจ.บึงกาฬ 3.เอกสารวิชาการ หน้าเว็บเพจกลุ่มงานภารกิจสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ สสจ.บึงกาฬ												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวฉัตรวิภา พรใส เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 492046 ต่อ 123 โทรศัพท์มือถือ : 06 4054 3112 นายประกันชัย ไกรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 492046 ต่อ 123 โทรศัพท์มือถือ : 06 4054 3112												
ผู้ควบคุมกำกับตัวชี้วัด	นายประกันชัย ไกรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 492046 ต่อ 123 โทรศัพท์มือถือ : 08 3326 9277												

ตัวชี้วัดที่	17. ร้อยละผลการดำเนินงานตรวจสอบผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเสี่ยง				
ยุทธศาสตร์ที่	1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (BK promotion and protection)				
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	3				
คำนิยาม	<p>1. การดำเนินงานตรวจสอบผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเสี่ยง หมายถึง หน่วยงานมีการดำเนินงานตรวจสอบผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเสี่ยง ตามแนวทางการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p> <p>2. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ที่ขออนุญาตไว้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 293) พ.ศ. 2548 เรื่อง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอาหาร ที่เสี่ยงพบการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ</p> <p>3. อาหารกลุ่มเสี่ยง หมายถึง อาหารที่เสี่ยงต่อการมีคุณภาพไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ได้แก่ อาหารที่เสี่ยงพบการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแข็ง อาหารสด อาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย</p> <p>4. น้ำตู้หยอดเหรียญ หมายถึง สถานที่ที่ผลิตน้ำ บริโภคบรรจุขวดหรือใส่ภาชนะต่าง ๆ หรือผลิตภัณฑ์สำหรับติดตั้งกับท่อจ่ายน้ำ เพื่อปรับปรุงคุณภาพน้ำให้สะอาด ไว้สำหรับบริการผู้บริโภค โดยมีการจำหน่ายหรือจ่ายเงินเป็นค่าน้ำบริโภค ณ สถานที่ผลิต โดยผ่านเครื่องอัตโนมัติ</p> <p>5. มาตรฐาน GMP (Good Manufacturing Practice) หมายถึง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร เป็นเกณฑ์หรือข้อกำหนดขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการผลิตและควบคุม เพื่อให้ผู้ผลิตปฏิบัติตาม และทำให้สามารถผลิตอาหารได้อย่างปลอดภัย โดยเน้นการป้องกันและขจัดความเสี่ยงอาจจะทำให้อาหารเป็นพิษ อันตราย หรือเกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้บริโภค</p> <p>6. มาตรฐาน Primary GMP หมายถึง หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร ขั้นต้นเพื่อใช้บังคับกับอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละผลการดำเนินงานตรวจสอบผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเสี่ยง	ร้อยละ	N/A	87.31	88.6
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 95				

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลบึงกาฬ/โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง/รพ.สต.ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลบึงกาฬ/โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง/รพ.สต.ทุกแห่ง
รายการข้อมูล 1	A = คะแนนที่รวมได้
รายการข้อมูล 2	B = คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A - ×100 B
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564 (รอบ 6 เดือน) ประเมินกิจกรรมที่ 1 - 5 รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2564 – 30 กันยายน 2654 (รอบ 12 เดือน) ประเมินกิจกรรมที่ 1 - 5

เกณฑ์การประเมิน : กำหนดเป็นกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมนั้น

จะได้คะแนนในกิจกรรมนั้น ดังนี้

คำอธิบาย

กิจกรรมที่	รายละเอียด	คะแนนเต็ม
1	1. สำรอง/จัดทำฐานข้อมูลสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ประกอบด้วยชื่อผู้ประกอบการ/ที่อยู่/เบอร์โทรศัพท์ 1.1 ฐานข้อมูลสถานที่ผลิตอาหาร 2 คะแนน 1.2 ฐานข้อมูลน้ำดื่มประจํารัฐ/ตู้หยอดเหรียญ 5 คะแนน 2. จัดทำโครงการ/แผนงานด้านอาหาร 2.1 จัดทำโครงการ/แผนงานด้านอาหาร 3 คะแนน	10
2	1. ตรวจเยี่ยมสถานที่ผลิตอาหารและกลุ่ม OTOP พร้อมกับประเมินระบบการจัดการด้านอาหาร ตามแบบฟอร์มและกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด 1.1 ตรวจสถานที่ผลิตอาหารตามมาตรฐาน GMP/Primary GMP ตามเป้าหมายที่กำหนด - ร้อยละ 50.0 – 59.9 ของจำนวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 7 คะแนน - ร้อยละ 60.0 – 69.9 ของจำนวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 9 คะแนน - ร้อยละ 70.0 – 79.9 ของจำนวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 11 คะแนน - ร้อยละ 80.0 – 89.9 ของจำนวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 13 คะแนน - ร้อยละ 90.0 ขึ้นไป ของจำนวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 15 คะแนน	30

	<p>1.2 ตรวจเยี่ยมสถานที่ผลิตน้ำดื่มประจํารัฐ/น้ำตู้หยอดเหรียญตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 50.0 – 59.9 ของจํานวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 7 คะแนน - ร้อยละ 60.0 – 69.9 ของจํานวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 9 คะแนน - ร้อยละ 70.0 – 79.9 ของจํานวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 11 คะแนน - ร้อยละ 80.0 – 89.9 ของจํานวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 13 คะแนน - ร้อยละ 90.0 ขึ้นไปของจํานวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 15 คะแนน 	
3	<p>1. เก็บตัวอย่างอาหารส่งตรวจวิเคราะห์ตามเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>1.1 เก็บตัวอย่างอาหารส่งตรวจวิเคราะห์หน่วย mobile unit ตามเป้าหมายที่กำหนด 5 คะแนน</p> <p>1.2 เก็บตัวอย่างน้ำ น้ำแข็ง และอาหารจากสถานที่ผลิตส่งตรวจวิเคราะห์ตามเป้าหมายที่กำหนด (รอบที่ 1 ในการตรวจประจำปี)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 50.0 – 59.9 ของจํานวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 1 คะแนน - ร้อยละ 60.0 – 69.9 ของจํานวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 2 คะแนน - ร้อยละ 70.0 – 79.9 ของจํานวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 3 คะแนน - ร้อยละ 80.0 – 89.9 ของจํานวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 4 คะแนน - ร้อยละ 90.0 ขึ้นไป ของจํานวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 5 คะแนน <p>1.3 เก็บตัวอย่างน้ำดื่มประจํารัฐ/น้ำตู้หยอดเหรียญตรวจด้วยชุดตรวจ อ.11 ตามเป้าหมายที่กำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 50.0 – 59.9 ของจํานวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 2 คะแนน - ร้อยละ 60.0 – 69.9 ของจํานวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 4 คะแนน - ร้อยละ 70.0 – 79.9 ของจํานวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 6 คะแนน - ร้อยละ 80.0 – 89.9 ของจํานวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 8 คะแนน 	45

	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ 90.0 ขึ้นไป ของจำนวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 10 คะแนน 1.4 เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์เสริมอาหารส่งตรวจวิเคราะห์ อย่างน้อย 2 ตัวอย่าง 5 คะแนน 1.5 เก็บตัวอย่างน้ำดื่ม น้ำแข็ง จากสถานที่ผลิตน้ำดื่ม น้ำแข็ง ตรวจด้วยชุด อ.11 (รอบที่ 2 ในเดือนกรกฎาคม- สิงหาคม) - ร้อยละ 50.0 – 59.9 ของจำนวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 7 คะแนน - ร้อยละ 60.0 – 69.9 ของจำนวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 9 คะแนน - ร้อยละ 70.0 – 79.9 ของจำนวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 11 คะแนน - ร้อยละ 80.0 – 89.9 ของจำนวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 13 คะแนน - ร้อยละ 90.0 ขึ้นไปของจำนวนสถานที่ผลิตในเขตรับผิดชอบ 15 คะแนน 1.6 รายงานผล/สรุปผล 5 คะแนน 	
4	<p>1. ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย</p> <p>1.1 มีการดำเนินการตามแนวทาง Compliance policy จังหวัดบึงกาฬ ใน ทุกกรณีที่พบความไม่ปลอดภัยของอาหาร และสรุปผลการดำเนินการด้าน อาหาร 10 คะแนน</p> <p>1.2 ร้อยละอาหารมีความปลอดภัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ ≥ 90 5 คะแนน - ร้อยละ < 90 0 คะแนน 	15
รวม		100
โดยที่		

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละผลการดำเนินงานตรวจสอบผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 85
2	ร้อยละผลการดำเนินงานตรวจสอบผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 87.50
3	ร้อยละผลการดำเนินงานตรวจสอบผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 90
4	ร้อยละผลการดำเนินงานตรวจสอบผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 92.5
5	ร้อยละผลการดำเนินงานตรวจสอบผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 95
วิธีการประเมินผล :	นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน
เอกสารสนับสนุน :	รายงานสรุปผลการดำเนินงานกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ นายดวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ 086-8508366 นายภูรินทร์ รัตนานุพงศ์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ 088-7684374 e-mail: phurin_rx@outlook.com นางสาวกาญจนาวดี สูงเนิน ตำแหน่ง เภสัชกร 083-3566132 e-mail: Kachanawadee.sun@msu.ac.th

ตัวชี้วัดที่	18. ร้อยละผลการดำเนินงานการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด																	
ยุทธศาสตร์ที่	1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (BK promotion and protection)																	
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์																	
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ ร้อยละ																	
น้ำหนัก	3																	
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 ประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์สมุนไพร วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และเครื่องมือแพทย์ ที่เก็บจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาตและที่ไม่ต้องขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>เกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด หมายถึง มาตรฐานที่กำหนดตามแบบบันทึกการตรวจ/เก็บตัวอย่างของจังหวัด ได้แก่ แบบบันทึกการตรวจ/เก็บตัวอย่างร้านขายของชำและแบบบันทึกการตรวจ/เก็บตัวอย่างร้านขายยา</p> <p>การตรวจสอบ หมายถึง การสุ่มเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือชุดทดสอบเบื้องต้น ตามแผนเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยไม่นับเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ ฉุกฉิน หรือวิเคราะห์ซ้ำ</p> <p>วัตถุอันตรายกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ยากันยุงที่ไม่มีเลขผลิตภัณฑ์วัตถุอันตราย</p> <p>ยาสัตว์กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ยาสัตว์ที่จำหน่ายในร้านขายยาสัตว์ ตัวยา Tylosin และ Ivermectin</p>																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<p>ผลการดำเนินงานการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 40%;">Baseline data</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" style="width: 50%;">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th style="width: 16.6%;">2561</th> <th style="width: 16.6%;">2562</th> <th style="width: 16.6%;">2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละผลการดำเนินงานการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด</td> <td>ร้อยละ</td> <td>n/a</td> <td>68.95</td> <td>69</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2561	2562	2563	ร้อยละผลการดำเนินงานการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด	ร้อยละ	n/a	68.95	69
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																
		2561	2562	2563														
ร้อยละผลการดำเนินงานการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด	ร้อยละ	n/a	68.95	69														
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง รพ.สต.ทุกแห่ง																	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน																	
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง รพ.สต.ทุกแห่ง																	
การประเมินรอบที่ 1	1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564 ประเมินกิจกรรมที่ 1 - 3																	
การประเมินรอบที่ 2	1 เมษายน 2564 – 30 กันยายน 2564 ประเมินกิจกรรมที่ 1 - 5																	
รายการข้อมูล	A = คะแนนที่รวมได้ในรอบการประเมิน B = คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมดในรอบการประเมิน																	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																	

เกณฑ์การประเมิน : กำหนดเป็นกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมนั้น จะได้คะแนนในกิจกรรมนั้น ดังนี้

คำอธิบาย

กิจกรรมที่	รายละเอียด	คะแนน
1	1.1 จัดทำฐานข้อมูลสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพประกอบด้วยชื่อผู้ประกอบการ/ที่อยู่/เบอร์โทรศัพท์ ครบถ้วนทุกแห่งและเป็นปัจจุบัน <ul style="list-style-type: none"> - ฐานข้อมูลร้านขายยา 2 คะแนน - ฐานข้อมูลสถานพยาบาล 2 คะแนน - ฐานข้อมูลสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง 3 คะแนน 1.2 จัดทำฐานข้อมูลผู้รับผิดชอบงาน คบส. ระดับอำเภอ และรพ.สต. (รายชื่อ/เบอร์โทรศัพท์/อีเมลล์) ครบถ้วน/เป็นปัจจุบัน 3 คะแนน	10
2	มีแผนงาน/โครงการ เกี่ยวกับงาน คบส. ครบถ้วน 10 คะแนน	10
3	3.1 ตรวจสอบ/เฝ้าระวังร้านขายยา ทุกแห่งในอำเภอตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมทั้งสรุปผล 15 คะแนน 3.2 ตรวจสอบ/เฝ้าระวังสถานพยาบาล ทุกแห่งในอำเภอตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมทั้งสรุปผล 10 คะแนน	25
4	4.1 ตรวจสอบฉลากวัตถุอันตรายกลุ่มเสี่ยง อำเภอละ 10 ฉลาก ตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมทั้งสรุปผล 10 คะแนน 4.2 ตรวจสอบสภาวะการเก็บรักษายาเสพติดกลุ่มเสี่ยง ที่อยู่ในร้านขายยาตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมทั้งสรุปผล 10 คะแนน	20
5	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยา/อาหาร/เครื่องสำอาง/ผลิตภัณฑ์สมุนไพร/วัตถุอันตราย) ที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด รายละเอียดดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร อำเภอละ 2 ตัวอย่าง (ส่งศูนย์วิทย์ฯ) 10 คะแนน - ยาแผนโบราณ/ยาลูกกลอน/ยาชุด/ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ที่สงสัยว่าปนเปื้อน สเตียรอยด์ อำเภอละ 10 ตัวอย่าง (Test Kit) 10 คะแนน - เครื่องสำอาง อำเภอละ 10 ตัวอย่าง (Test Kit) 10 คะแนน - สรุปผลการตรวจสอบ รูปภาพ พร้อมทั้งปัญหาที่พบแนวทางการแก้ไขและข้อเสนอแนะ 5 คะแนน 	35
คะแนนรวม		100

โดยที่

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละผลการดำเนินงานการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 60
2	ร้อยละผลการดำเนินงานการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 65
3	ร้อยละผลการดำเนินงานการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 70
4	ร้อยละผลการดำเนินงานการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 75
5	ร้อยละผลการดำเนินงานการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 80

เอกสารสนับสนุน:

ผู้ประสานงาน

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
นายดวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการพิเศษ Mobile 086-8508366
e-mail : fdapv38@fda.moph.go.th
น.ส.ชนากานต์ อนุรักษ์ธงไชย ตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ Mobile 089-7577864
e-mail : aqua_missha@hotmail.com
น.ส.จารวีกร เสริมรัมย์ ตำแหน่งเภสัชกร Mobile 082-9495651
e-mail : jaraweekorn.se@gmail.com

ตัวชี้วัดที่	19. ร้อยละผลการดำเนินงานร้านชำในหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน																	
ยุทธศาสตร์ที่	1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (BK promotion and protection)																	
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์																	
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																	
น้ำหนัก	3																	
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 ประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และเครื่องมือแพทย์ ที่เกิดจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาตและไม่ต้องขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>หมู่บ้านกลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) หมายถึง ชุมชน/หมู่บ้าน มีกระบวนการร่วมกันในการวางแผนด้านสุขภาพ มีการจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาด้านสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ใน 5 ด้าน คือ การสร้างทางเลือกดี (Good Choice) โภชนาการดี (Good Nutrition) สุขภาพฟันดี (Good Teeth) สุขภาพกาย - ใจดี (Good Health) และสิ่งแวดล้อมดี (Good Environment) จำนวน 69 หมู่บ้าน</p> <p>เกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนด คือ มีการอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ อสม. และผู้ประกอบการ ตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ จัดทำสื่อความรู้ในเรื่อง ผลิตภัณฑ์สุขภาพเผยแพร่ประชาชน ครบตามที่กำหนด</p> <p>ร้านชำ หมายถึง ร้านค้าที่มีการนำสินค้าชนิดต่าง ๆ มาจำหน่ายในชุมชน เช่น อาหาร ขนม เครื่องดื่ม ยาสามัญประจำบ้าน เครื่องสำอาง ของใช้ในครัวเรือน ฯลฯ</p>																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละผลการดำเนินงานร้านชำในหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>n/a</td> <td>n/a</td> <td>n/a</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	ร้อยละผลการดำเนินงานร้านชำในหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ	n/a	n/a	n/a
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2561	2562	2563														
ร้อยละผลการดำเนินงานร้านชำในหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ	n/a	n/a	n/a														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ร้านชำในหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G)																	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน																	
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาล รพ.สต. และ ศสม. ทุกแห่ง																	
รายการข้อมูล 1	A = คะแนนที่รวมได้																	
รายการข้อมูล 2	B = คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมด																	

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564 1 เมษายน 2564 – 30 กันยายน 2564	ประเมินกิจกรรมที่ 1 ประเมินถึงกรรมที่ 1 - 2									
เกณฑ์การประเมิน : กำหนดเป็นกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมนั้น จะได้คะแนนในกิจกรรมนั้น ดังนี้											
กิจกรรมที่	รายละเอียด	คะแนน									
1	1.1 อบรม/ให้ความรู้ เรื่องของผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยาสามัญประจำบ้าน/ การอ่านฉลากอาหาร/การสังเกตเลขที่จัดแจ้งเครื่องสำอาง) ในอำเภอ พร้อมจัดทำ และเผยแพร่สื่อความรู้ 45 คะแนน รายละเอียดดังนี้										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ คบส. ใน รพ.สต. ที่เข้าร่วมอบรม</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>น้อยกว่าร้อยละ 80</td> <td>10 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80 - 90</td> <td>12.5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>มากกว่าร้อยละ 90</td> <td>15 คะแนน</td> </tr> </tbody> </table>	จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ คบส. ใน รพ.สต. ที่เข้าร่วมอบรม	คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 80	10 คะแนน	ร้อยละ 80 - 90	12.5 คะแนน	มากกว่าร้อยละ 90	15 คะแนน	50	
	จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ คบส. ใน รพ.สต. ที่เข้าร่วมอบรม	คะแนน									
	น้อยกว่าร้อยละ 80	10 คะแนน									
	ร้อยละ 80 - 90	12.5 คะแนน									
	มากกว่าร้อยละ 90	15 คะแนน									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>จำนวน อสม. ในหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) ที่เข้าร่วมอบรม</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>น้อยกว่าร้อยละ 80</td> <td>10 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80 - 90</td> <td>12.5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>มากกว่าร้อยละ 90</td> <td>15 คะแนน</td> </tr> </tbody> </table>	จำนวน อสม. ในหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) ที่เข้าร่วมอบรม	คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 80	10 คะแนน	ร้อยละ 80 - 90	12.5 คะแนน	มากกว่าร้อยละ 90	15 คะแนน		
	จำนวน อสม. ในหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) ที่เข้าร่วมอบรม	คะแนน									
	น้อยกว่าร้อยละ 80	10 คะแนน									
	ร้อยละ 80 - 90	12.5 คะแนน									
มากกว่าร้อยละ 90	15 คะแนน										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>จำนวนผู้ประกอบการร้านค้าในหมู่บ้าน กลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) ที่เข้าร่วมอบรม</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>น้อยกว่าร้อยละ 80</td> <td>10 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80 - 90</td> <td>12.5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>มากกว่าร้อยละ 90</td> <td>15 คะแนน</td> </tr> </tbody> </table>	จำนวนผู้ประกอบการร้านค้าในหมู่บ้าน กลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) ที่เข้าร่วมอบรม	คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 80	10 คะแนน	ร้อยละ 80 - 90	12.5 คะแนน	มากกว่าร้อยละ 90	15 คะแนน			
จำนวนผู้ประกอบการร้านค้าในหมู่บ้าน กลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) ที่เข้าร่วมอบรม	คะแนน										
น้อยกว่าร้อยละ 80	10 คะแนน										
ร้อยละ 80 - 90	12.5 คะแนน										
มากกว่าร้อยละ 90	15 คะแนน										
1.2 มีการวัดความรู้ผู้เข้าร่วมอบรม โดยใช้แบบทดสอบก่อน - หลังการอบรม ในเรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยาสามัญประจำบ้าน/การอ่านฉลากอาหาร/การสังเกต เลขที่จัดแจ้งเครื่องสำอาง)	5 คะแนน										
2.1 ตรวจเยี่ยม/เฝ้าระวังร้านค้าในหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) ตาม แบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมทั้งสรุปผล 35 คะแนน รายละเอียดดังนี้											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>จำนวนร้านค้า</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40</td> <td>15 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60</td> <td>20 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</td> <td>25 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100</td> <td>30 คะแนน</td> </tr> </tbody> </table>	จำนวนร้านค้า	คะแนน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	15 คะแนน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	20 คะแนน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	25 คะแนน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100	30 คะแนน	50
จำนวนร้านค้า	คะแนน										
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	15 คะแนน										
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	20 คะแนน										
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	25 คะแนน										
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100	30 คะแนน										
2											

	<p>2.2 รวบรวมแบบฟอร์มการตรวจเยี่ยม และสรุปผลการตรวจเยี่ยม/เฝ้าระวัง ร้านชำ พร้อมทั้งปัญหาที่พบ ภาพถ่าย แนวทางการแก้ไขและข้อเสนอแนะ 10 คะแนน</p> <p>2.3 ผลการตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดร้านชำในหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) ตรงกับสรุปผลการตรวจเยี่ยม/เฝ้าระวังร้านชำของอำเภอ 10 คะแนน</p>	
คะแนนรวม		100

โดยที่:

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละผลการดำเนินงานร้านชำในหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 80
2	ร้อยละผลการดำเนินงานร้านชำในหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 85
3	ร้อยละผลการดำเนินงานร้านชำในหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 90
4	ร้อยละผลการดำเนินงานร้านชำในหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 95
5	ร้อยละผลการดำเนินงานร้านชำในหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมาย (หมู่บ้าน 5G) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล :	นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน
เอกสารสนับสนุน :	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ นายดวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการพิเศษ Mobile 08 6850 8366 e-mail : fdapv38@fda.moph.go.th</p> <p>น.ส.ชนากานต์ อนุรักษ์ธงไชย ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ Mobile 08 9757 7864 e-mail : aqua_missha@hotmail.com</p> <p>นายกิตติพัฒน์ ทวีพันธ์ ตำแหน่งเภสัชกร Mobile 08 8828 1515 e-mail : kittiphat.ke.57@ubu.ac.th</p>

ตัวชี้วัดที่	20.ระดับความสำเร็จของการพัฒนา ตลาดนัด นำซื้อ (Healthy Market)																																		
ยุทธศาสตร์ที่	1.ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (BK promotion and protection)																																		
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์																																		
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงคุณภาพ																																		
หน่วยวัด																																			
น้ำหนัก	3																																		
คำนิยาม	<p>ตลาดนัด คือ ตลาดประเภทที่ 2 ตามกฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.2551 ซึ่งหมายถึง ตลาดที่ไม่มีโครงสร้างอาหาร ดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดนัด นำซื้อ ประกอบด้วยเกณฑ์ 20 ข้อ ซึ่งครอบคลุมใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขาภิบาลอาหารสิ่งแวดล้อม ด้านความปลอดภัยของอาหาร และด้านคุ้มครองผู้บริโภค โดยแบ่งการรับรองเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (ผ่าน 10 ข้อ) ระดับดี (ผ่าน 15 ข้อ) และระดับดีมาก (ผ่าน 20 ข้อ) ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>มีทะเบียนผู้ขายของในตลาด โดยระบุประเภทสินค้าที่จำหน่าย</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>กรณีมีโครงสร้างเฉพาะเสาและหลังคา โครงสร้างคลุม ผ้าใบ เต็นท์ ร่ม หรือสิ่งอื่นใดในลักษณะเดียวกันต้องอยู่ในสภาพที่มั่นคงแข็งแรง</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>บริเวณสำหรับขายของประเภทอาหารสด ต้องจัดเป็นสัดส่วนโดยเฉพาะ โดยมีลักษณะเป็นพื้นเรียบ แข็งแรง ไม่ลื่น ไม่มีน้ำขัง</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>จัดให้มีการป้องกันไม่ให้น้ำหรือของเหลวจากแผงจำหน่ายอาหารประเภทเนื้อสัตว์ชำแหละไหลลงสู่พื้นตลาด</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>แผงจำหน่ายอาหารทำด้วยวัสดุถาวร เรียบ ทำความสะอาดง่าย สูงจากพื้นน้อยกว่า 60 ซม. และอาจเป็นแบบพับเก็บได้</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>อาหารปรุงสำเร็จต้องมีการปกปิด</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>ผู้ขายและผู้ช่วยขายของ สินค้าประเภทอาหาร ต้องสวมผ้ากันเปื้อนและหมวกหรือเน็คคลุมผม และปฏิบัติตามหลักสุขอนามัยส่วนบุคคล และในกรณีที่มีการปรุงอาหาร ต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>มีที่เก็บรวบรวม หรือที่รองรับมูลฝอยอย่างเพียงพอและถูกสุขลักษณะ</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>มีการทำความสะอาดตลาดเป็นประจำทุกวันที่เปิดทำการ</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>แผงจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์การตรวจสอบสารปนเปื้อน 4 ชนิด ได้แก่ ฟอर्मาลิน สารกันรา สารบอแรกซ์ สารฟอกขาว</td> </tr> <tr> <th colspan="2">ผ่านเกณฑ์ระดับดี</th> </tr> <tr> <td>11</td> <td>จัดให้มีน้ำประปาหรือน้ำสะอาดใช้อย่างเพียงพอ</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>จัดให้มีห้องส้วม ที่ปัสสาวะและอ่างล้างมือที่เพียงพอและถูกสุขลักษณะ</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>เครื่องมือ เครื่องใช้ และภาชนะอุปกรณ์ ต้องสะอาดและปลอดภัย มีการล้างทำความสะอาด และจัดเก็บอย่างถูกต้อง</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>ไม่ใช้แสงหรือวัสดุอื่นใดที่ทำให้ผู้บริโภคมองเห็นอาหารต่างจากสภาพจริง</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>อาหารสดเฉพาะเนื้อสัตว์ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ และอาหารทะเล เก็บรักษาในอุณหภูมิที่เหมาะสม</td> </tr> </tbody> </table>	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน		1	มีทะเบียนผู้ขายของในตลาด โดยระบุประเภทสินค้าที่จำหน่าย	2	กรณีมีโครงสร้างเฉพาะเสาและหลังคา โครงสร้างคลุม ผ้าใบ เต็นท์ ร่ม หรือสิ่งอื่นใดในลักษณะเดียวกันต้องอยู่ในสภาพที่มั่นคงแข็งแรง	3	บริเวณสำหรับขายของประเภทอาหารสด ต้องจัดเป็นสัดส่วนโดยเฉพาะ โดยมีลักษณะเป็นพื้นเรียบ แข็งแรง ไม่ลื่น ไม่มีน้ำขัง	4	จัดให้มีการป้องกันไม่ให้น้ำหรือของเหลวจากแผงจำหน่ายอาหารประเภทเนื้อสัตว์ชำแหละไหลลงสู่พื้นตลาด	5	แผงจำหน่ายอาหารทำด้วยวัสดุถาวร เรียบ ทำความสะอาดง่าย สูงจากพื้นน้อยกว่า 60 ซม. และอาจเป็นแบบพับเก็บได้	6	อาหารปรุงสำเร็จต้องมีการปกปิด	7	ผู้ขายและผู้ช่วยขายของ สินค้าประเภทอาหาร ต้องสวมผ้ากันเปื้อนและหมวกหรือเน็คคลุมผม และปฏิบัติตามหลักสุขอนามัยส่วนบุคคล และในกรณีที่มีการปรุงอาหาร ต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร	8	มีที่เก็บรวบรวม หรือที่รองรับมูลฝอยอย่างเพียงพอและถูกสุขลักษณะ	9	มีการทำความสะอาดตลาดเป็นประจำทุกวันที่เปิดทำการ	10	แผงจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์การตรวจสอบสารปนเปื้อน 4 ชนิด ได้แก่ ฟอर्मาลิน สารกันรา สารบอแรกซ์ สารฟอกขาว	ผ่านเกณฑ์ระดับดี		11	จัดให้มีน้ำประปาหรือน้ำสะอาดใช้อย่างเพียงพอ	12	จัดให้มีห้องส้วม ที่ปัสสาวะและอ่างล้างมือที่เพียงพอและถูกสุขลักษณะ	13	เครื่องมือ เครื่องใช้ และภาชนะอุปกรณ์ ต้องสะอาดและปลอดภัย มีการล้างทำความสะอาด และจัดเก็บอย่างถูกต้อง	14	ไม่ใช้แสงหรือวัสดุอื่นใดที่ทำให้ผู้บริโภคมองเห็นอาหารต่างจากสภาพจริง	15	อาหารสดเฉพาะเนื้อสัตว์ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ และอาหารทะเล เก็บรักษาในอุณหภูมิที่เหมาะสม
ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน																																			
1	มีทะเบียนผู้ขายของในตลาด โดยระบุประเภทสินค้าที่จำหน่าย																																		
2	กรณีมีโครงสร้างเฉพาะเสาและหลังคา โครงสร้างคลุม ผ้าใบ เต็นท์ ร่ม หรือสิ่งอื่นใดในลักษณะเดียวกันต้องอยู่ในสภาพที่มั่นคงแข็งแรง																																		
3	บริเวณสำหรับขายของประเภทอาหารสด ต้องจัดเป็นสัดส่วนโดยเฉพาะ โดยมีลักษณะเป็นพื้นเรียบ แข็งแรง ไม่ลื่น ไม่มีน้ำขัง																																		
4	จัดให้มีการป้องกันไม่ให้น้ำหรือของเหลวจากแผงจำหน่ายอาหารประเภทเนื้อสัตว์ชำแหละไหลลงสู่พื้นตลาด																																		
5	แผงจำหน่ายอาหารทำด้วยวัสดุถาวร เรียบ ทำความสะอาดง่าย สูงจากพื้นน้อยกว่า 60 ซม. และอาจเป็นแบบพับเก็บได้																																		
6	อาหารปรุงสำเร็จต้องมีการปกปิด																																		
7	ผู้ขายและผู้ช่วยขายของ สินค้าประเภทอาหาร ต้องสวมผ้ากันเปื้อนและหมวกหรือเน็คคลุมผม และปฏิบัติตามหลักสุขอนามัยส่วนบุคคล และในกรณีที่มีการปรุงอาหาร ต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร																																		
8	มีที่เก็บรวบรวม หรือที่รองรับมูลฝอยอย่างเพียงพอและถูกสุขลักษณะ																																		
9	มีการทำความสะอาดตลาดเป็นประจำทุกวันที่เปิดทำการ																																		
10	แผงจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์การตรวจสอบสารปนเปื้อน 4 ชนิด ได้แก่ ฟอर्मาลิน สารกันรา สารบอแรกซ์ สารฟอกขาว																																		
ผ่านเกณฑ์ระดับดี																																			
11	จัดให้มีน้ำประปาหรือน้ำสะอาดใช้อย่างเพียงพอ																																		
12	จัดให้มีห้องส้วม ที่ปัสสาวะและอ่างล้างมือที่เพียงพอและถูกสุขลักษณะ																																		
13	เครื่องมือ เครื่องใช้ และภาชนะอุปกรณ์ ต้องสะอาดและปลอดภัย มีการล้างทำความสะอาด และจัดเก็บอย่างถูกต้อง																																		
14	ไม่ใช้แสงหรือวัสดุอื่นใดที่ทำให้ผู้บริโภคมองเห็นอาหารต่างจากสภาพจริง																																		
15	อาหารสดเฉพาะเนื้อสัตว์ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ และอาหารทะเล เก็บรักษาในอุณหภูมิที่เหมาะสม																																		

ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

16	ทางเดินในตลาดมีความกว้างไม่น้อยกว่า 2 เมตร
17	ผู้ขายและผู้ช่วยขายของต้องผ่านการอบรมความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร
18	จัดให้มีที่ล้างทำความสะอาดและภาชนะ ในบริเวณแผงจำหน่ายอาหารสด แผงจำหน่ายอาหารประเภทเนื้อสัตว์ชำแหละ และแผงจำหน่ายอาหารประเภทปรุงสำเร็จ
19	มีการกำจัดน้ำทิ้งจากจุดที่มีที่ล้างอย่างถูกสุขลักษณะ และไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ประชาชนข้างเคียง
20	มีการควบคุมดูแลมิให้เกิดเหตุรำคาญ มลพิษ ที่เป็นอันตราย หรือการระบาดของโรคติดต่อ

การปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.

คำถาม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. ทำความสะอาดพื้น พื้นผิวสัมผัสบ่อยๆ ทั้งก่อนและหลังการให้บริการ		
2. ให้ผู้ประกอบการ และผู้ใช้บริการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ใช้บริการ		
3. ให้มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค		
4. ให้เว้นระยะห่างระหว่างบุคคลแผงค้า รวมถึงระยะห่างระหว่างการเดิน		
5. ให้ควบคุมจำนวนผู้ใช้บริการ มิให้แออัด		

ระดับการให้คะแนน ตลาดนัด นำซื้อ

ระดับ	การดำเนินงาน
1	- ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน ข้อที่ 1 - ข้อที่ 6 - มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.
2	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน 10 ข้อ - มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.
3	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน และระดับดี ข้อที่ 11 - ข้อที่ 13 - มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.
4	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน และระดับดี 15 ข้อ - มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.
5	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน ระดับดี และระดับดีมากครบ 20 ข้อ - มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.

รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. ตลาดนัดในพื้นที่รับผิดชอบแต่ละอำเภอ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดนัด นำซื้อ				
แหล่งข้อมูล	รพ. /สสอ. /อปท.				
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ระดับอำเภอ					
3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน		
1. ประชุมชี้แจงนโยบาย เรื่อง ตลาดนัดนำซื้อ 2. ประเมินตนเองตาม เกณฑ์มาตรฐาน ตลาดนัด นำซื้อ 3. คัดเลือกต้นแบบตลาดนัด นำซื้อ อำเภอละ 1 แห่ง	1. จังหวัดลงพื้นที่สู่ตลาด นัด นำซื้อ ทุกอำเภอ 2. ประเมินตามเกณฑ์ มาตรฐาน ตลาดนัดนำซื้อ 3. สรุปผล และคืนข้อมูล ให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง	1. พื้นที่เป้าหมายของแต่ละ อำเภอพัฒนาตามเกณฑ์ มาตรฐาน	1. จังหวัดลงพื้นที่เป้าหมาย ตลาดนัด นำซื้อ ทุกอำเภอ และคัดเลือกต้นแบบ จังหวัดบึงกาฬ		
ประเมินรอบที่ 1					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับความสำเร็จ	-	-	-	-	-
ประเมินรอบที่ 2					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับความสำเร็จ	1	2	3	4	5
วิธีการประเมินผล :	1.รพ/สสอ. ประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาตลาดนัด นำซื้อ 2.ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและคัดเลือกต้นแบบ				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือตลาดนัด นำซื้อ 2. คู่มือวิชาการสุขาภิบาลอาหาร สำหรับเจ้าหน้าที่				
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. ชื่อ - สกุล : นางสาวจริยา บุตพา ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ 106 โทรศัพท์มือถือ : 0661615993 โทรสาร : 042-492001 E-mail : jariyaboodpha@gmail.com LINE ID : ammy_jariya สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ 2. ชื่อ - สกุล นายไพศาล ไกรรัตน์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 42-492046 ต่อ 106 โทรศัพท์มือถือ : 085-0141778 โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : paisan.k13@gmail.com				

ตัวชี้วัดที่	21.ระดับความสำเร็จของการพัฒนา อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) ตามเกณฑ์มาตรฐาน																		
ยุทธศาสตร์ที่	1.ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (BK promotion and protection)																		
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์																		
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงคุณภาพ																		
หน่วยวัด																			
น้ำหนัก	2																		
คำนิยาม	<p>อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) หมายถึง อาหารที่จำหน่ายในแผงลอย จำหน่ายอาหารที่ตั้งริมฟุตบาทหรือริมบาทวิถี มีลักษณะเป็นแคร์ แทน โต้ะ แผง รถเข็น หรือ พาหนะอื่นใดที่ขายอาหาร เครื่องดื่ม น้ำแข็ง โดยตั้งประจำที่ในบริเวณที่ทางราชการอนุญาต อันได้แก่ ที่ทางสาธารณะ ที่เอกชน ที่ราชพัสดุ ที่สาธารณประโยชน์ บริเวณวัด หรือที่ริมน้ำ ซึ่ง อาจจะมีการจัดตั้งแบบถาวร หรือเคลื่อนย้ายได้ตามเวลาที่กำหนดซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มิติสุขภาพ : สุขภาพอาหาร 10 ข้อ ต้องผ่านทุกข้อ : โภชนาการ มีการส่งเสริมเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 1 กิจกรรม เช่น เมนูสุขภาพ/การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เช่น Low Sugar/เมนูทางเลือก การรับประทานผัก ผลไม้ 2. มิติเศรษฐกิจ : จำนวน 6 ข้อ เลือกทำอย่างน้อย 3 ข้อ 3. มิติสังคม : จำนวน 4 ข้อ เลือกทำอย่างน้อย 2 ข้อ 4. มิติวัฒนธรรม : จำนวน 2 ข้อ เลือกทำอย่างน้อย 1 ข้อ <p>ดังนี้</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">1. มิติสุขภาพ : สุขภาพอาหาร (ต้องผ่านทุกข้อ)</td> </tr> <tr> <td>1.1</td> <td>หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายอาหารในที่หรือทางสาธารณะ และกำหนดจุดผ่อนผันที่อนุญาตให้ตั้งวางจำหน่ายอาหาร</td> </tr> <tr> <td>1.2</td> <td>ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ทั้งด้านกายภาพและชีวภาพ</td> </tr> <tr> <td>1.3</td> <td>ผู้สัมผัสอาหารผ่านการอบรม (มีบัตรประจำตัวผู้สัมผัสอาหาร/ประกาศนียบัตร)</td> </tr> <tr> <td>1.4</td> <td>มีการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ยึดตามกฎหมายกำหนด</td> </tr> <tr> <td>1.5</td> <td>ไม่ใช้โฟมบรรจุอาหาร (No Foam)</td> </tr> <tr> <td>1.6</td> <td>มีการจัดบริการช้อนกลาง</td> </tr> <tr> <td>1.7</td> <td>มีการจัดบริการสัมผัสสะอาด</td> </tr> <tr> <td>1.8</td> <td>มีการจัดบริการอ่างล้างมือ</td> </tr> </table>	1. มิติสุขภาพ : สุขภาพอาหาร (ต้องผ่านทุกข้อ)		1.1	หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายอาหารในที่หรือทางสาธารณะ และกำหนดจุดผ่อนผันที่อนุญาตให้ตั้งวางจำหน่ายอาหาร	1.2	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ทั้งด้านกายภาพและชีวภาพ	1.3	ผู้สัมผัสอาหารผ่านการอบรม (มีบัตรประจำตัวผู้สัมผัสอาหาร/ประกาศนียบัตร)	1.4	มีการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ยึดตามกฎหมายกำหนด	1.5	ไม่ใช้โฟมบรรจุอาหาร (No Foam)	1.6	มีการจัดบริการช้อนกลาง	1.7	มีการจัดบริการสัมผัสสะอาด	1.8	มีการจัดบริการอ่างล้างมือ
1. มิติสุขภาพ : สุขภาพอาหาร (ต้องผ่านทุกข้อ)																			
1.1	หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายอาหารในที่หรือทางสาธารณะ และกำหนดจุดผ่อนผันที่อนุญาตให้ตั้งวางจำหน่ายอาหาร																		
1.2	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ทั้งด้านกายภาพและชีวภาพ																		
1.3	ผู้สัมผัสอาหารผ่านการอบรม (มีบัตรประจำตัวผู้สัมผัสอาหาร/ประกาศนียบัตร)																		
1.4	มีการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ยึดตามกฎหมายกำหนด																		
1.5	ไม่ใช้โฟมบรรจุอาหาร (No Foam)																		
1.6	มีการจัดบริการช้อนกลาง																		
1.7	มีการจัดบริการสัมผัสสะอาด																		
1.8	มีการจัดบริการอ่างล้างมือ																		

1.9	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลฝอยตามหลักสุขาภิบาล และมีการจัดการน้ำเสียก่อนทิ้งลงท่อสาธารณะ
1.10	มีการตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยอาหาร น้ำ/น้ำแข็งบริโภคน้ำแข็งบริโภคน้ำแข็งแยกเก็บจากน้ำแข็งแช่อาหาร และไม่มีสิ่งของอื่นแช่ปน - มีการสุ่มตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารน้ำดื่ม และน้ำแข็งบริโภคตามความถี่ที่เหมาะสม - มรการสุ่มตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารที่จำหน่ายทุก 3 เดือน (ฟอร์มาลิน สารกันรา สารฟอกขาว บอแรกซ์ สารเคมีตกค้างในพืชผัก และสารโพลาร์)
1. มิติสุขภาพ : โภชนาการ มีการส่งเสริมให้มีการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพ หรือการจำหน่ายเมนูสุขภาพ โดยกำหนดให้มีการส่งเสริมเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 1 กิจกรรม เช่น เมนูสุขภาพ/การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เช่น Low Sugar/เมนูทางเลือก การรับประทานผัก ผลไม้	
2. มิติเศรษฐกิจ (เลือกทำอย่างน้อย 3 ข้อ)	
2.1	ราคาถูก (หุนินทรีย์ติดดาว) หรือ ติดป้ายแสดงราคา
2.2	มีการรวมกลุ่มของผู้ประกอบการเพื่อผลประโยชน์ร่วมกัน เช่น ชมรม สมาคม กลุ่มการค้า เป็นต้น
2.3	มีการประชาสัมพันธ์การจำหน่ายสินค้าในพื้นที่
2.4	มีป้ายบอกชื่อร้านหรือแผงลอย อย่างน้อย 2 ภาษา ที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน
2.5	มีรายการอาหารอย่างน้อย 2 ภาษา พร้อมระบุราคาที่เป็นธรรม และมีรูปภาพประกอบ
2.6	มีการจำหน่ายสินค้าแต่ละประเภทเป็นหมวดหมู่ที่ปะปนกัน (Zoning)
3. มิติด้านสังคม (เลือกทำอย่างน้อย 2 ข้อ)	
3.1	มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชุมชน OTOP/SME/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ Yong Smart Famer/อแกนิค/ธรรมชาติ
3.2	จัดให้มีจุดบริการข้อมูลสำหรับนักท่องเที่ยว
3.3	มีระบบรักษาความปลอดภัยในทรัพย์สินของนักท่องเที่ยว ที่ใช้งานได้มีประสิทธิภาพ
3.4	จัดให้มีถังดับเพลิงที่พร้อมใช้งานหรืออยู่ใกล้บริเวณถนนอาหารปลอดภัยอยู่เสมอ
4. มิติด้านวัฒนธรรม (เลือกทำอย่างน้อย 1 ข้อ)	
4.1	มีการจำหน่ายอาหารพื้นบ้าน/การแต่งกายประจำถิ่น
4.2	มีการแสดงวัฒนธรรมประจำถิ่น/ป้าย Story Culture

การปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.

คำถาม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. ทำความสะอาดพื้น พื้นผิวสัมผัสบ่อยๆ ทั้งก่อนและหลังการให้บริการ		
2. ให้ผู้ประกอบการ และผู้ใช้บริการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ใช้บริการ		
3. ให้มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค		
4. ให้เว้นระยะห่างระหว่างบุคคลแฉก้า รวมถึงระยะห่างระหว่างการเดิน		
5. ให้ควบคุมจำนวนผู้ใช้บริการ มิให้แออัด		

ระดับความสำเร็จ Street Food Good Health

ระดับความสำเร็จ	กิจกรรม
1	-ดำเนินการตามมติสุขภาพ สุขาภิบาลอาหาร จำนวน 10 ข้อ -มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.
2	-ดำเนินการ ผ่านมติสุขภาพ และมีการส่งเสริมเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 1 กิจกรรม -มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.
3	-ดำเนินการ ผ่านมติสุขภาพ มีการส่งเสริมเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 1 กิจกรรม และผ่านมติเศรษฐกิจ อย่างน้อย 3 ข้อ -มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.
4	-ผ่านมติสุขภาพ -มีการส่งเสริมเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 1 กิจกรรม -ผ่านมติเศรษฐกิจ อย่างน้อย 3 ข้อ -ผ่านมติสังคม อย่างน้อย 2 ข้อ -มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.
5	-ผ่านมติสุขภาพ -มีการส่งเสริมเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 1 กิจกรรม -ผ่านมติเศรษฐกิจ อย่างน้อย 3 ข้อ -ผ่านมติสังคม อย่างน้อย 2 ข้อ -ผ่านมติวัฒนธรรม อย่างน้อย 1 ข้อ -มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. ตลาดต้องชม ถนนคนเดินริมโขง อ.เมืองบึงกาฬ				
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	1. ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน Street Food Good Health				
แหล่งข้อมูล	รพ. /สสอ. /อปท.				
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
	1.ประชุมชี้แจงนโยบาย เรื่อง Street Food Good Health 2. ประเมินตนเองตาม เกณฑ์มาตรฐาน Street Food Good Health	1. จังหวัดลงพื้นที่ Street Food Good Health ณ ตลาดต้องชม ถนนคนเดิน ริมโขง อ.เมืองบึงกาฬ 2. ประเมินตามเกณฑ์ มาตรฐาน Street Food Good Health 3. สรุปผล และคืนข้อมูล ให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง	1. พื้นที่เป้าหมายของแต่ละ อำเภอพัฒนาตาม เกณฑ์มาตรฐาน	1. จังหวัดลงพื้นที่ Street Food Good Health ณ ตลาดต้องชม ถนนคนเดิน ริมโขง อ.เมืองบึงกาฬ และมอบใบประกาศผ่าน การรับรองโดยจังหวัด (ต้นแบบ Street Food Good Health จ.บึงกาฬ)	
ระดับอำเภอ					
ประเมินรอบที่ 1					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับความสำเร็จ	-	-	-	-	-
ประเมินรอบที่ 2					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับความสำเร็จ	1	2	3	4	5
วิธีการ ประเมินผล :	1.รพ/สสอ. ประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนา Street Food Good Health 2.ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำ				

เอกสาร สนับสนุน :	1. คู่มือวิชาการสุขาภิบาลอาหาร สำหรับเจ้าหน้าที่
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. ชื่อ – สกุล : นางสาวจริญา บุตพา ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ 106 โทรศัพท์มือถือ : 0661615993 โทรสาร : 042-492001 E-mail : jariyaboodpha@gmail.com LINE ID : ammy_jariya สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ 2. ชื่อ – สกุล นายไพศาล ไกรรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 42-492046 ต่อ 106 โทรศัพท์มือถือ : 085-0141778 โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : paisan.k13@gmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ตัวชี้วัดที่	22. ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต					
ยุทธศาสตร์ที่	การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)					
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์					
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	2					
คำนิยาม	<p>ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานของ อสม. ภาคประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาครัฐ ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ที่ครอบคลุมถึงมิติการเยียวยา สุขภาพใจ เศรษฐกิจ สังคมและคุณภาพชีวิต ด้วยความปกติวิถีใหม่ (new normal) เช่น อสม. สสำรวจสุขภาพใจ ให้คำแนะนำเพื่อสร้างบทบาทของประชาชน ทำตนเป็นตัวอย่าง และชุมชนมี บทบาทร่วมสร้างตำบลวิถีชีวิตใหม่ เป็นต้น นำไปสู่เป้าหมายตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยโควิด 19 ชุมชนสุขภาพ สุขใจ สุขเงิน สุขสามัคคี</p> <p>เกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลที่บันทึกผลการดำเนินงาน “ตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด 19”</p>					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ปีงบประมาณ	ข้อมูลพื้นฐาน (Base line data)				ผลการดำเนินงาน
		จำนวน	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	หน่วยนับ	
	พ.ศ. 2561	53	-	-	-	-
	พ.ศ. 2562	53	ร้อยละ	70	ร้อยละ	80
พ.ศ. 2563	53	ร้อยละ	70	ร้อยละ	85	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	53 ตำบล					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล (www.thaiphc.net)					
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลเป้าหมาย					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส					
เกณฑ์การประเมิน :						
รอบ	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	
รอบที่ 1	10	15	20	25	30	
รอบที่ 2	50	55	60	65	70	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
1. จัดทำแนวทางการดำเนินงาน 2. ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ	สนับสนุนชุดความรู้ แบบประเมิน ฐานข้อมูล		ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20		ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	

วิธีการประเมินผล :	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับพื้นที่ที่มีการดำเนินการตามแนวทาง “ตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด 19” และบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล “ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต” เว็บไซต์ www.thaiphc.net
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต 2. แบบประเมินตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโรคโควิด 19 3. ชุดความรู้ชุมชนสร้างสุข
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ชื่อ – สกุล นางสาวจารุตา ศรีแก่น ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 128 โทรศัพท์มือถือ : 093-0679943 โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : jaruta_ka@hotmail.com 2. ชื่อ – สกุล นายประเสริฐ ด้วงพันลำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 20456 ต่อ 128 โทรศัพท์มือถือ : 067-3195885 โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : doungpanlum@gmail.com <p>สถานที่ทำงาน กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>

ตัวชี้วัดที่	23.ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพเชิงรุก
ยุทธศาสตร์ที่	2. Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการ หมายความว่า</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) สถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ และสภาวิชาชีพ (2) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (3) หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (4) หน่วยบริการอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด <p>หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>ตามพระราชบัญญัติ</p> <p>เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่าย</p> <p>ชายหน่วยบริการปฐมภูมิ(ประเภทที่ 1) เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งส่งเสริมให้ ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองขอเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) การดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน (2) การบริการตามข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน (3) การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับบุคคลและครอบครัว โดยการให้บริการ <p>การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ เชิงรับและเชิงรุกในพื้นที่</p> <ol style="list-style-type: none"> (5) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว (6) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิต้องผ่านเกณฑ์ 3 S ประกอบด้วย <p>Staff - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน รับผิดชอบประชากรเต็มเวลา โดยควรมีเวลาปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิไม่น้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์</p> <ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เป็นอย่างน้อย - นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 คน เป็นอย่างน้อย

	<p>System - มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชน ประมาณ 10,000 คน +/-2,000 คน ขึ้นกับบริบทของพื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว - มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้บริการประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี - ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแมชขาย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า - การจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน - ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแมชขายในการจัดบริการ <p>- ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล</p> <p>Structure - มีอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการสถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น</p> <p>***พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) หมายถึง จำนวนทีมที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว ตามแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 10 ปี</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ - เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	แผนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดบึงกาฬ ปีงบประมาณ 2560-2564
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบการขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว
แหล่งข้อมูล	สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพเชิงรุก
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด
เป้าหมาย	<p>ระดับ จังหวัด :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ร้อยละ 13 (จำนวน 5 ทีม(สะสม)) (เป้าหมายตามแผน 10 ปี ของจังหวัด จำนวน 54 ทีม)ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรม และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

	ลำดับ	คปสอ.	ผลการดำเนินการ (สะสม2563)	เป้าหมาย(ตามแผน 10)			หม
				2563 (ยังไม่ขึ้นทะเบียนเปิดดำเนินการ)	2564	รวม (สะสม2564)	
	1	เมืองบึงกาฬ	1	4	1	5	
	2	เซกา	-	7	-	7	
	3	โซ่พิสัย	-	10	2	12	
	4	ปากคาด	-	5	1	6	
	5	พรเจริญ	-	5	2	7	
	6	ศรีวิไล	2	2	2	4	
	7	บึงโขงหลง	-	5	1	6	
	8	บุงคล้า	-	4	-	4	
		รวม	3	42	9	51	(
***หน่วยบริการปฐมภูมิและเคลื่อนย้ายปฐมภูมิเป้าหมายการพัฒนาตามแผน 10 ปี							
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบการขึ้นทะเบียนคลินิกหมอบรรณครวั						
แหล่งข้อมูล	สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอบรรณครวั สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข						
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเคลื่อนย้ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพเชิงรุก						
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเคลื่อนย้ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/D) \times 100$						
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4						
เกณฑ์การประเมิน :							
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
- มีคำสั่ง คกก. พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ - ทบทวนแผนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ - มีแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเคลื่อนย้ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 10 ปี	- มีแผนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ นำไปสู่การปฏิบัติ - มีการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพเชิงรุก ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ประเมินตนเอง) - แจ้งยืนยันขอขึ้นทะเบียนมาที่ สสจ. (กรณีทีมใหม่)	- มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเคลื่อนย้ายหน่วยบริการ (เกณฑ์คุณภาพเชิงรุก) (กรณีทีมใหม่) - มีการประเมินเกณฑ์คุณภาพเชิงรุก ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยอำเภอ และส่งผลมาที่จังหวัด	- มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเคลื่อนย้ายหน่วยบริการ (เกณฑ์คุณภาพเชิงรุก) (กรณีทีมใหม่)				
วิธีการประเมินผล :	การพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพเชิงรุก STAFF 1. มีแพทย์ที่ปรึกษา 2. มีพยาบาลวิชาชีพ ตามเกณฑ์ (1:2,500) 3. มีนักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ตามเกณฑ์ (1:2,500)						

ลำดับ	รายละเอียด	ผลการประเมิน		หมายเหตุ (ขอบเขตและแนวทางการจัดบริการ)
		มี	ไม่มี	
	STAFF			
1	แพทย์ที่ปรึกษา 1 คน ปฏิบัติงาน อย่างน้อย 3 วัน/ สัปดาห์			1. ด้านการจัดบริการ แบ่งเป็น 2 ระดับ 1.1 การดูแลระดับบุคคล/ครอบครัว 1.2 การดูแลระดับชุมชน 2. ด้านวิชาการ เช่น การจัดการเรียนรู้ใน กิจกรรมบริการต่าง ๆ, ประชุมอบรมเพิ่ม ศักยภาพให้แก่หน่วยบริการ 3. ด้านบริหารจัดการ เช่น ออกแบบ ระบบงานภายในหน่วยบริการ, จัดระบบ การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นต้น
	SYSTEM			
2	มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชาชน ตาม กลุ่มเป้าหมาย ขึ้นกับ บริบทของพื้นที่			มีฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนประชากรใน พื้นที่รับผิดชอบ
3	บุคลากรทราบพื้นที่/ ประชากร แยกตาม ประเภทกลุ่มเป้าหมาย ที่ต้องดูแล			
4. มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว				
4.1	Service Package รายกลุ่มวัย			1. บริการผสมผสานในสถานบริการ 2. บริการต่อเนื่อง ได้แก่ ตรวจเยี่ยมบ้าน, การดูแลระยะยาว, การส่งต่อไปหน่วย บริการอื่น ๆ
4.2	Call center or Line group เช่น มี ระบบให้คำปรึกษา เพื่อให้ประชาชน เข้าถึงได้สะดวกโดย ใช้เทคโนโลยี			3. บริการเชิงรุกในชุมชน 4. การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วน ร่วม 5. การให้ข้อมูล คำปรึกษา
4.3	Continuity Care เช่น การเยี่ยมบ้าน Long term care ect.			
5. มีระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูง กว่า				
5.1	Green Channel			

5.2	ระบบ Refer back			มีระบบให้คำปรึกษา การส่งต่อ/การรับกลับ เพื่อดูแลต่อเนื่อง
6. การจัดการบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน				
6.1	COC:LTC 4 กลุ่มเป้าหมาย			1. การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง สุขภาพรายบุคคล และชุมชน
6.2	การควบคุมและ ป้องกันโรค			2. การจัดกิจกรรมและบริการส่งเสริม สุขภาพตามกลุ่มวัย
6.3	คปส.			3. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 4. การเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุม โรคในชุมชน 5. การสร้างเสริมและปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ 6. การเฝ้าระวังความเสี่ยงและคุ้มครอง ผู้บริโภค
7. ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดการบริการ				
7.1	IC			1. ด้านการนำ กำกับและการอภิบาล ระบบ ได้แก่ พขอ., คปสอ.,ผู้บริหาร ระดับหน่วยบริการ
7.2	IT			2. ด้านกระบวนการรับส่งต่อระหว่าง หน่วยบริการในเครือข่าย ได้แก่ รพ.แม่ ข่ายเป็นระบบส่งต่อที่ใหญ่ที่สุด
7.3	LAB			
7.4	เภสัชกรรม และ RDU/คปส.			3. ด้านการจัด ระบบสนับสนุนเครือข่าย ได้แก่ ยา เวชภัณฑ์ งบประมาณ
8. ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล				
8.1	โปรแกรมข้อมูล ผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย			จำแนกเป็น กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่ม ผู้ป่วย
8.2	ระบบรายงาน ประจำเดือน/ไตร มาส			
<p>เอกสารประกอบ ข้อ 7</p> <ul style="list-style-type: none"> - แผนจัดสรรงบประมาณ/วัสดุ/ครุภัณฑ์ - แผนพัฒนาบุคลากรจากแม่ข่าย - แผนสนับสนุน/หมุนเวียนบุคลากร - แผนสอบเทียบ/แผนการบำรุงรักษาเครื่องมือ - การกำหนดผู้รับผิดชอบ และดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน <p>Structure</p>				

<p>ที่ตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ แม่ข่าย..... ลูกข่าย มีเครื่องมือ/เครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการให้บริการ แยกตามขนาดหน่วยบริการ S M L สรุปผลการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ คุณภาพเชิงรุก <input type="checkbox"/> ผ่าน (ต้องมีทุกข้อ) <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน เกณฑ์การให้คะแนน</p>	
ระดับคะแนน	ร้อยละของ หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์
1	≤ 40
2	50
3	60
4	70
5	≥ 80

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วย	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
			2560	2561	2562	2563
	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (คลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่)	ทีม	2	-	-	3
เอกสารอ้างอิง	พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข : ประกาศการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ คู่มือดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster : PCC, แบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ					
ผู้รับผิดชอบ	ชื่อ - สกุล นางสาวสุนันทา โพธิ์ศรี ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถานที่ทำงาน : กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบ สุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ		โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492-04 โทรศัพท์มือถือ : 06-5578-1239 โทรสาร : 042-492-001 E-mail : sunanthaposri@gmail.com			

ตัวชี้วัดที่ 9	24. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ				
ยุทธศาสตร์ที่ 1	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์				
ลักษณะตัวชี้วัด	คุณภาพ				
น้ำหนัก	3				
คำนิยาม	<p>คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป</p> <p>คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็นที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพพระระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา UCCARE (รายละเอียดเกณฑ์การให้คะแนน UCCARE แนบท้ายตาราง) <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของ แต่ละพื้นที่</p> <p>ผลลัพธ์ หมายถึง ผลลัพธ์ตามเกณฑ์ของประเด็นที่นำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ปี 2564 อย่างน้อย 2 ประเด็น)</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)				
เป้าหมาย					
	ป 2561	ป 2562	ป 2563	ป 2564	ป 2565
	80%	90%	100%	100%	100%

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน/การประเมิน
แหล่งข้อมูล	สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ โรงพยาบาล

วิธีการประเมิน	1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2. มีแผนและดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง 3. มีการประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา UCCARE โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564			
ระดับจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอำเภอทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$			
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	รอบที่ 1 พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพผ่านเกณฑ์ 3 ขึ้นตอน รอบที่ 2 พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพผ่านเกณฑ์ 5 ขึ้นตอน			
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	4 อำเภอ	1 อำเภอ
	2	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	5 อำเภอ	2 อำเภอ
	3	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	6 อำเภอ	3 อำเภอ
	4	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	7 อำเภอ	4 อำเภอ
	5	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	8 อำเภอ	5 อำเภอ
ระดับ คปสอ.				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	รอบที่ 1 ประเมิน 3 ขึ้นตอน รอบที่ 2 ประเมิน 5 ขึ้นตอน			
	ขึ้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	
			รอบ 1	รอบ 2
	1	- มีการสรรหาแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามเกณฑ์ 8:6:7 อย่างเป็นรูปธรรม - มีวาระการประชุมคณะกรรมการ พชอ.	1	1
	2	- มีสรุปการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น - มีอนุกรรมการ พชอ. ระดับอำเภอ ร้องรับการจัดการประเด็น	3	2

	3	- มีการดำเนินการการบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการ และมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน - มีการประเมินตนเอง 2 ประเด็นที่เข้าสู่วาระการพัฒนาเพื่อหาโอกาสพัฒนาโดยไข UCCARE คืบหน้าข้อมูลการประเมินตนเองในวาระ	5	3
	4	ผลการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 1 ประเด็น (ประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด)		4
	5	ผลการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 2 ประเด็น (ประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด)		5
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ
				2561 2562 2563
จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ		จำนวน	8	8
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน
	1	เมืองบึงกาฬ	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	2	เซกา	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	3	โซ่พิสัย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	4	ปากคาด	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	5	พรเจริญ	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	6	ศรีวิไล	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	7	บึงโขงหลง	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	8	บุงคล้า	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
		รวม	8 แห่ง	8 แห่ง
เอกสารอ้างอิง	1. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพ.ศ. 2561 2. คู่มือแนวทางการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3. หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย			
ผู้รับผิดชอบ	ชื่อ - สกุล นางสาวสุนันทา โพธิ์ศรี ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : sunanthaposri@gmail.com		โทรศัพท์มือถือ : 06-5578-1239	
	สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ		โทร. 042-492-046 ต่อ 128	

เกณฑ์การให้คะแนนตามแนวทาง UCCARE

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

ตัวชี้วัดที่	25.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
ยุทธศาสตร์ที่	49. Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
น้ำหนัก	3
คำนิยาม	<p>1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยไม่หมายรวมถึง ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU)</p> <p>2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว โดยกำหนดคือ 5 ดาว 5 ดี โดย 5 ดี ประกอบด้วย <u>บริหารดี</u> <u>ประสานงานดี</u> <u>ภาคีมีส่วนร่วม</u> <u>บุคลากรดี</u> <u>บริการดี</u> <u>ประชาชนมีสุขภาพดี</u> มีเกณฑ์ประเมิน 5 หมวด คะแนนรวมร้อยละ 100 (คะแนนเต็ม 410 คะแนน) ดังนี้</p> <p>หมวดที่ 1 หมวดที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการดี(25 %) (60 คะแนน)</p> <p>1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมาภิบาล 5 คะแนน</p> <p>1.2 แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ 10 คะแนน</p> <p>1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ 40 คะแนน</p> <p>1.4 การสนับสนุนทีมพี่เลี้ยง 5 คะแนน</p> <p>หมวดที่ 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (15 %) 5 คะแนน</p> <p>หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล(10 %) 5 คะแนน</p> <p>หมวดที่ 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัยเน้นประเด็น 4PA (30 %) (299 คะแนน)</p> <p>4.1 การจัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) 5 คะแนน</p> <p>4.2 การจัดบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่) 30 คะแนน</p> <p>4.3 การจัดบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม 5 คะแนน</p> <p>4.4 การจัดบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด 10 คะแนน</p> <p>4.5 การจัดบริการในชุมชน (LTC , SRRT) 10 คะแนน</p> <p>4.6 การจัดบริการเภสัชกรรม RDU และ งานคุ้มครองผู้บริโภค (คปส.) 80 คะแนน</p> <p>4.7 ระบบสนับสนุน (159 คะแนน)</p> <p>4.7.1 ระบบ IT 54 คะแนน</p> <p>4.7.2 ระบบ IC 65 คะแนน</p> <p>4.7.3 ระบบ LAB 40 คะแนน</p> <p>หมวดที่ 5 ผลลัพธ์(20 %) (41 คะแนน)</p> <p>5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care) 16 คะแนน</p>

	<p>5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI) 20 คะแนน (OTOP 5 คะแนน / HDC 15 คะแนน)</p> <p>5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้ 5 คะแนน</p> <p>เกณฑ์ให้คะแนน</p> <p>รพ.สต.ระดับ 3 ดาว คะแนนรวม ร้อยละ >60- 69.99</p> <p>รพ.สต.ระดับ 4 ดาว คะแนนรวม ร้อยละ >70- 79.99</p> <p>รพ.สต.ระดับ 5 ดาว คะแนนรวม ร้อยละ >80 โดยคะแนนในแต่ละหมวด > ร้อยละ80</p> <p>รอบที่ 1 รพ.สต. / PCU ผ่านเกณฑ์ประเมินรพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า ร้อยละ 80 ขึ้นไป (โดยทุกหมวดต้องได้คะแนน> ร้อยละ80) ร้อยละ 100 ของ เป้าหมายปีงบ ฯ 2564 ใช้ผลประเมินโดยทีมระดับอำเภอ</p> <p>รอบที่ 2 รพ.สต. / PCU ผ่านเกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป (โดยทุกหมวดต้องได้คะแนน> ร้อยละ80) ร้อยละ 100 ของ เป้าหมายปีงบ ฯ 2564 รับรองโดยทีมจังหวัด</p>																																																																						
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 จำนวน 23 แห่ง และ ปีงบฯ 2561 จำนวน 38 แห่ง รวมทั้งสิ้น 61 แห่ง</p>																																																																						
<p>เป้าหมาย</p>	<p><u>ระดับ จังหวัด และ ระดับ คปสอ.</u></p> <p>หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 จำนวน 23 แห่ง และ ปีงบฯ 2561 จำนวน 38 แห่ง รวมทั้งสิ้น 61 แห่ง ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ร้อยละ 100</p> <table border="1" data-bbox="512 1055 1489 1585"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ลำดับ</th> <th rowspan="2">คปสอ.</th> <th>ผ่านรับรองปีงบ</th> <th>ผ่านรับรองปีงบ</th> <th colspan="2">เป้าหมายปีงบ ฯ 2564</th> </tr> <tr> <th>ฯ ปีงบฯ 2560</th> <th>ฯ ปีงบฯ 2561</th> <th>รพ.สต.</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>รพ.สต.</td> <td>รวม</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>เมืองบึงกาฬ</td> <td>3</td> <td>11</td> <td>14</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>เซกา</td> <td>3</td> <td>9</td> <td>12</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>โซ่พิสัย</td> <td>1</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ปากคาด</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>พรเจริญ</td> <td>6</td> <td>-</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>ศรีวิไล</td> <td>5</td> <td>-</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>บึงโขงหลง</td> <td>4</td> <td>-</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>บุงคล้า</td> <td>-</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>รวม</td> <td>23</td> <td>38</td> <td>61</td> <td>61</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ(รพ.สต./PCU) : ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม > ร้อยละ 80</u></p> <p>(โดยทุกหมวดต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่า 80%)</p>	ลำดับ	คปสอ.	ผ่านรับรองปีงบ	ผ่านรับรองปีงบ	เป้าหมายปีงบ ฯ 2564		ฯ ปีงบฯ 2560	ฯ ปีงบฯ 2561	รพ.สต.	รวม					รพ.สต.	รวม	1	เมืองบึงกาฬ	3	11	14	14	2	เซกา	3	9	12	12	3	โซ่พิสัย	1	10	11	11	4	ปากคาด	1	5	6	6	5	พรเจริญ	6	-	6	6	6	ศรีวิไล	5	-	5	5	7	บึงโขงหลง	4	-	4	4	8	บุงคล้า	-	3	3	3		รวม	23	38	61	61
ลำดับ	คปสอ.			ผ่านรับรองปีงบ	ผ่านรับรองปีงบ	เป้าหมายปีงบ ฯ 2564																																																																	
		ฯ ปีงบฯ 2560	ฯ ปีงบฯ 2561	รพ.สต.	รวม																																																																		
				รพ.สต.	รวม																																																																		
1	เมืองบึงกาฬ	3	11	14	14																																																																		
2	เซกา	3	9	12	12																																																																		
3	โซ่พิสัย	1	10	11	11																																																																		
4	ปากคาด	1	5	6	6																																																																		
5	พรเจริญ	6	-	6	6																																																																		
6	ศรีวิไล	5	-	5	5																																																																		
7	บึงโขงหลง	4	-	4	4																																																																		
8	บุงคล้า	-	3	3	3																																																																		
	รวม	23	38	61	61																																																																		
<p>วิธีการประเมิน</p>	<p>รอบที่ 1 ใช้ผลประเมินโดยทีมระดับอำเภอ</p> <p>รอบที่ 2 ประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด</p>																																																																						
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564</p> <p>รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564</p>																																																																						



ระดับจังหวัด /ระดับอำเภอ														
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง(ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2564													
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561													
สูตรคำนวณ	A/B x 100													
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด และระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2564 ร้อยละ 60 – 69.99</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2564 ร้อยละ 70 – 79.99</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2564 ร้อยละ 80 – 89.99</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง(ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2564 ร้อยละ 90 – 99.99</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง(ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2564 ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2564 ร้อยละ 60 – 69.99	2	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2564 ร้อยละ 70 – 79.99	3	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2564 ร้อยละ 80 – 89.99	4	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง(ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2564 ร้อยละ 90 – 99.99	5	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง(ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2564 ร้อยละ 100	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2564 ร้อยละ 60 – 69.99													
2	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2564 ร้อยละ 70 – 79.99													
3	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2564 ร้อยละ 80 – 89.99													
4	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง(ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2564 ร้อยละ 90 – 99.99													
5	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง(ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2564 ร้อยละ 100													
ระดับ รพ.สต.														
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนที่ได้จากการประเมินตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว													
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็ม 410 คะแนน													
สูตรคำนวณ	A/B x 100													
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ รพ.สต.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥ 40- 49.99</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥ 50- 59.99</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥ 60- 69.99</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥ 70- 79.99</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥ 80 โดยคะแนนในแต่ละหมวด \geq ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥ 40 - 49.99	2	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥ 50 - 59.99	3	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥ 60 - 69.99	4	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥ 70 - 79.99	5	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥ 80 โดยคะแนนในแต่ละหมวด \geq ร้อยละ 80	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥ 40 - 49.99													
2	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥ 50 - 59.99													
3	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥ 60 - 69.99													
4	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥ 70 - 79.99													
5	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥ 80 โดยคะแนนในแต่ละหมวด \geq ร้อยละ 80													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวระดับ 5 ดาว</td> <td>ร้อยละ</td> <td>63.53</td> <td>100</td> <td>100 งคประเมิน</td> </tr> </tbody> </table>	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2561	2562	2563	ร้อยละ หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวระดับ 5 ดาว	ร้อยละ	63.53	100	100 งคประเมิน
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ										
		2561	2562	2563										
ร้อยละ หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวระดับ 5 ดาว	ร้อยละ	63.53	100	100 งคประเมิน										

	ปีงบประมาณ 2563 เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางเขตจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ใช้คะแนนประเมินตนเองส่ง สนง.เขต 8 และการลงพื้นที่ประเมินเยี่ยมเสริมพลังทั้ง 8 อำเภอ	
เอกสารอ้างอิง	<ol style="list-style-type: none"> 1.คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) 2.ผลการประเมินตนเอง โดยทีมระดับอำเภอ 3.ผลการประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด 	
ผู้รับผิดชอบ	ชื่อ – สกุล นางสาวสุนันทา โพธิ์ศรี ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : sunanthaposri@gmail.com	โทรศัพท์มือถือ : 06-5578-1239
	สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ	โทร. 042-492-046 ต่อ 128

ตัวชี้วัด	26. ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์เป้าหมายการให้บริการผู้ป่วยนอกการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
ยุทธศาสตร์ที่ 2	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค ฟันฟูสภาพ แบบไม่ไดนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น</p> <p>2. หน่วยบริการ หมายถึง รพ.สต./รพช./รพท.</p> <p>3. ผ่านเกณฑ์เป้าหมายการให้บริการ หมายถึง ผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามมาตรฐาน (ระดับ รพช./รพท. ร้อยละ 12/ ระดับรพช. ร้อยละ 20/ ระดับรพ.สต. ที่มีแพทย์แผนไทย ร้อยละ 40/รพ.สต. ที่ไม่มีแพทย์แผนไทย ร้อยละ 30)</p> <p>4. การบริการการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟันฟูสภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การประคบยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย(ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงรวมถึงกัญชาที่ยังคงสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อรักษา-ฟันฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟันฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟันฟูสภาพ - การทาบหม้อเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง <p>5. การบริการด้านการแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล ได้แก่ การแพทย์แผนจีน เช่น ฝังเข็ม รมยา ครอบแก้ว การแพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพรบำบัด หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data ร้อยละของหน่วยบริการที่ได้รับบริการ แพทย์แผนไทยไม่นับรหัส U77	หน่วยวัด ร้อยละ	ปี 2561 -	ปี 2562 60.95	ปี 2563 77.64
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70				
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพท./รพช./รพ.สต.				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การบันทึกข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แพ้ม				
แหล่งข้อมูล	จาก Health Data Center HDC จังหวัด https://bkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php > กลุ่มรายงาน มาตรฐาน> การเข้าถึงบริการ > แพทย์แผนไทย				
การประเมินรอบที่ 1	1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564				
การประเมินรอบที่ 2	1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564				
รายการข้อมูล 1	จำนวนหน่วยบริการผ่านเกณฑ์เป้าหมายการให้บริการผู้ป่วยนอกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก (ระดับ รพท./รพช.ร้อยละ 12/ระดับรพช.ร้อยละ 20/ ระดับรพ.สต.ที่มีแพทย์แผนไทย ร้อยละ 40/รพ.สต.ที่ไม่มีแพทย์แผนไทย ร้อยละ 30)				
รายการข้อมูล 2	จำนวนหน่วยบริการ รพท./รพช./รพ.สต.				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนหน่วยบริการผ่านเกณฑ์เป้าหมายการให้บริการผู้ป่วยนอกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก} \times 100}{\text{จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด}}$				
ระยะประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับ 1 50	ระดับ 2 60	ระดับ 3 70	ระดับ 4 80	ระดับ 5 90
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพท./รพช.ทุกแห่ง/รพ.สต.ทุกแห่ง				
วิธีรายงาน/ความถี่ (เอกสารอ้างอิง)	1. การจัดบริการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการ 2. รายงานผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ประเมินจาก Datacenter/สรุปผลการปฏิบัติ 3. ภาพกิจกรรม				
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ 1. นางอาภรณ์ โชติเมืองปัก แพทย์แผนไทยชำนาญการ โทร. 081-3200706 2. นางสาวสุจิตรา อัดผา แพทย์แผนไทย โทร. 092-9923494				

ตัวชี้วัดที่	27.หน่วยบริการสาธารณสุขมีการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์
ยุทธศาสตร์ที่	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
หน่วยวัด	คะแนน
น้ำหนัก	3
คำนิยาม	<p>1. คลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง คลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (คลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ให้บริการยากัญชาแผนปัจจุบันและยากัญชาแผนไทย) หรือ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย</p> <p>2. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน</p> <p>3. การให้บริการ หมายถึง การมีระบบการคัดกรองผู้ป่วย การตรวจรักษา การจ่ายยากัญชาด้วยบุคคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ โดยได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์หรือกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีระบบการส่งผู้ป่วย ระบบการลงข้อมูลความปลอดภัยและการใช้กัญชา (C-MOPH, AUR, HPVC) ระบบคลังยาและการบริหารยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 (กัญชา)</p> <p>4. ยากัญชา หมายถึง ยากัญชาสารสกัด ยากัญชาแผนไทย น้ำมันกัญชา ที่ใช้รักษาโรคตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข ใช้ในโรคทางการแพทย์แผนปัจจุบันหรือทางการแพทย์แผนไทย โดยได้รับการรับรองมาตรฐาน คุณภาพ และความปลอดภัยจากกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>5. ยากัญชาแผนปัจจุบัน หมายถึง ยากัญชาสารสกัดที่ใช้รักษาโรคตามคำแนะนำของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แบ่งตามสารสำคัญที่ออกฤทธิ์ได้เป็น ยากัญชา THC, ยากัญชา CBD และยากัญชา THC: CBD ที่ทราบความเข้มข้นของสารออกฤทธิ์แน่นอน ผลิตโดยได้รับการรับรองมาตรฐาน คุณภาพ และความปลอดภัยจากกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>6. ยากัญชาแผนไทย หมายถึง ตำรับยาเข้ากัญชา 16 ตำรับ ที่ประกาศโดยกรมการแพทย์แผนไทยฯ และ ยากัญชาแผนไทยที่ผลิตตามกระบวนการ <u>Special Assess Scheme (SAS)</u> ที่ผลิตโดยได้รับการรับรองมาตรฐาน คุณภาพ และความปลอดภัยจากกระทรวงสาธารณสุข</p>

<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>ข้อมูลการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์และใบอนุญาตจำหน่ายยา กัญชา เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2563</p> <table border="1" data-bbox="475 293 1458 875"> <thead> <tr> <th>ที่</th> <th>จังหวัด</th> <th>คลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่เปิดบริการ (แห่ง)</th> <th>ใบอนุญาตจำหน่ายกัญชาทางการแพทย์ (แห่ง)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>สกลนคร</td> <td>18</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>นครพนม</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>หนองคาย</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>บึงกาฬ</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>หนองบัวลำภู</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>เลย</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>อุดรธานี</td> <td>2</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td></td> <td>รวม</td> <td>35</td> <td>61</td> </tr> </tbody> </table>	ที่	จังหวัด	คลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่เปิดบริการ (แห่ง)	ใบอนุญาตจำหน่ายกัญชาทางการแพทย์ (แห่ง)	1	สกลนคร	18	18	2	นครพนม	7	8	3	หนองคาย	3	4	4	บึงกาฬ	1	1	5	หนองบัวลำภู	1	3	6	เลย	3	5	7	อุดรธานี	2	22		รวม	35	61
ที่	จังหวัด	คลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่เปิดบริการ (แห่ง)	ใบอนุญาตจำหน่ายกัญชาทางการแพทย์ (แห่ง)																																		
1	สกลนคร	18	18																																		
2	นครพนม	7	8																																		
3	หนองคาย	3	4																																		
4	บึงกาฬ	1	1																																		
5	หนองบัวลำภู	1	3																																		
6	เลย	3	5																																		
7	อุดรธานี	2	22																																		
	รวม	35	61																																		
<p>เป้าหมาย</p>	<p>เป้าหมายการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการจังหวัดบึงกาฬ</p> <table border="1" data-bbox="491 927 1469 1070"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนหน่วยบริการที่เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ</td> <td>1</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>12.5</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	2563	2564	จำนวนหน่วยบริการที่เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	1	8	ร้อยละ	12.5	100																											
ปีงบประมาณ	2563	2564																																			
จำนวนหน่วยบริการที่เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	1	8																																			
ร้อยละ	12.5	100																																			
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 2. เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการใช้ยาที่มีกัญชาอย่างปลอดภัยให้กับประชาชน และบุคลากรสาธารณสุข 3. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้กัญชาทางการแพทย์ 																																				
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง</p>																																				
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใบอนุญาต ข้อมูลใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 (กัญชา) เข้าถึงได้จาก http://hemp.fda.moph.go.th/FDA_MARIJUANA/staff/marijuana_report_public  2. ข้อมูลบุคลากร ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ เข้าถึงได้จาก http://hemp.fda.moph.go.th/FDA_MARIJUANA/SAS/VISIT_DOCTOR  3. การบริการ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในหน่วยบริการ 3.2 การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์/รายการยา กัญชา 																																				

	<p>4. ยาگاهیษาและระบบคลังยา</p> <p>4.1 รายการและบัญชียาگاهیษาในโรงพยาบาล</p> <p>4.2 การบริหารคลังยาگاهیษา บันทึกรับ-จ่ายยาگاهیษา การจัดเก็บยาگاهیษา</p> <p>5. ระบบข้อมูลสารสนเทศ</p> <p>5.1 รายงานผลการดำเนินงานคลินิกگاهیษาทางการแพทย์</p> <p>5.2 สรุปผลการปฏิบัติงาน</p> <p>5.3 ระบบรายงานข้อมูลจากฐานข้อมูล C-MOPH, AUR , HPVC</p>																																			
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="475 542 1257 676" rowspan="2">หัวข้อ</th> <th colspan="2" data-bbox="1257 542 1487 631">การวัดผล (คะแนน)</th> </tr> <tr> <th data-bbox="1257 631 1305 676">มี</th> <th data-bbox="1305 631 1487 676">ไม่มี</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="475 676 1257 824"> <p>1. ใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 (گاهیษา) โรงพยาบาลมีการขอใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 (گاهیษา) จากคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข</p> </td> <td data-bbox="1257 676 1305 824">5 คะแนน</td> <td data-bbox="1305 676 1487 824">0 คะแนน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="475 824 1257 1070"> <p>2. บุคลากร โรงพยาบาลมีแพทย์แผนปัจจุบัน, แพทย์แผนไทย, เภสัชกร ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรگاهیษาทางการแพทย์ โดยได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์หรือกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานคลินิกگاهیษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล</p> </td> <td data-bbox="1257 824 1305 1070">30 คะแนน</td> <td data-bbox="1305 824 1487 1070">0 คะแนน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="475 1070 1257 1160"> <p>2.1 มีแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย เภสัชกร ผ่านการอบรมหลักสูตรگاهیษาทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ 30 คะแนน</p> </td> <td data-bbox="1257 1070 1305 1160"></td> <td data-bbox="1305 1070 1487 1160"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="475 1160 1257 1214"> <p>2.2 ผ่านการอบรมฯ ไม่ครบทั้ง 3 วิชาชีพ ได้ 15 คะแนน</p> </td> <td data-bbox="1257 1160 1305 1214"></td> <td data-bbox="1305 1160 1487 1214"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="475 1214 1257 1451"> <p>3. การบริการ มีการให้บริการคลินิกگاهیษาทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน มีวันและเวลาการให้บริการที่ชัดเจน มีสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกันดำเนินการคลินิกگاهیษาทางการแพทย์ เช่น แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น</p> </td> <td data-bbox="1257 1214 1305 1451">30 คะแนน</td> <td data-bbox="1305 1214 1487 1451">0 คะแนน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="475 1451 1257 1505"> <p>3.1 มีเฉพาะคลินิกگاهیษาทางการแพทย์แผนไทย ได้ 15 คะแนน</p> </td> <td data-bbox="1257 1451 1305 1505"></td> <td data-bbox="1305 1451 1487 1505"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="475 1505 1257 1559"> <p>3.2 มีคลินิกگاهیษาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ได้ 30 คะแนน</p> </td> <td data-bbox="1257 1505 1305 1559"></td> <td data-bbox="1305 1505 1487 1559"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="475 1559 1257 1697"> <p>4. ยาگاهیษาและระบบคลังยา มีการขอสนับสนุนยาگاهیษาหรือการจัดซื้อยาگاهیษา ระบบการจัดการและจัดเก็บگاهیษา การจัดการยาگاهیษาหมดอายุ การรับ-ลงข้อมูล stock ยาگاهیษา ที่ชัดเจน</p> </td> <td data-bbox="1257 1559 1305 1697">30 คะแนน</td> <td data-bbox="1305 1559 1487 1697">0 คะแนน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="475 1697 1257 1796"> <p>5. ระบบข้อมูลสารสนเทศ มีระบบการลงข้อมูลผู้ป่วยด้วยโปรแกรม C-MOPH, AUR, HPVC หรือโปรแกรมอื่นที่เกี่ยวข้อง</p> </td> <td data-bbox="1257 1697 1305 1796">5 คะแนน</td> <td data-bbox="1305 1697 1487 1796">0 คะแนน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="475 1796 1257 1832"> <p>รวม</p> </td> <td data-bbox="1257 1796 1305 1832">100</td> <td data-bbox="1305 1796 1487 1832">คะแนน</td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อ	การวัดผล (คะแนน)		มี	ไม่มี	<p>1. ใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 (گاهیษา) โรงพยาบาลมีการขอใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 (گاهیษา) จากคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข</p>	5 คะแนน	0 คะแนน	<p>2. บุคลากร โรงพยาบาลมีแพทย์แผนปัจจุบัน, แพทย์แผนไทย, เภสัชกร ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรگاهیษาทางการแพทย์ โดยได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์หรือกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานคลินิกگاهیษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล</p>	30 คะแนน	0 คะแนน	<p>2.1 มีแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย เภสัชกร ผ่านการอบรมหลักสูตรگاهیษาทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ 30 คะแนน</p>			<p>2.2 ผ่านการอบรมฯ ไม่ครบทั้ง 3 วิชาชีพ ได้ 15 คะแนน</p>			<p>3. การบริการ มีการให้บริการคลินิกگاهیษาทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน มีวันและเวลาการให้บริการที่ชัดเจน มีสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกันดำเนินการคลินิกگاهیษาทางการแพทย์ เช่น แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น</p>	30 คะแนน	0 คะแนน	<p>3.1 มีเฉพาะคลินิกگاهیษาทางการแพทย์แผนไทย ได้ 15 คะแนน</p>			<p>3.2 มีคลินิกگاهیษาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ได้ 30 คะแนน</p>			<p>4. ยาگاهیษาและระบบคลังยา มีการขอสนับสนุนยาگاهیษาหรือการจัดซื้อยาگاهیษา ระบบการจัดการและจัดเก็บگاهیษา การจัดการยาگاهیษาหมดอายุ การรับ-ลงข้อมูล stock ยาگاهیษา ที่ชัดเจน</p>	30 คะแนน	0 คะแนน	<p>5. ระบบข้อมูลสารสนเทศ มีระบบการลงข้อมูลผู้ป่วยด้วยโปรแกรม C-MOPH, AUR, HPVC หรือโปรแกรมอื่นที่เกี่ยวข้อง</p>	5 คะแนน	0 คะแนน	<p>รวม</p>	100	คะแนน
หัวข้อ	การวัดผล (คะแนน)																																			
	มี	ไม่มี																																		
<p>1. ใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 (گاهیษา) โรงพยาบาลมีการขอใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 (گاهیษา) จากคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข</p>	5 คะแนน	0 คะแนน																																		
<p>2. บุคลากร โรงพยาบาลมีแพทย์แผนปัจจุบัน, แพทย์แผนไทย, เภสัชกร ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรگاهیษาทางการแพทย์ โดยได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์หรือกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานคลินิกگاهیษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล</p>	30 คะแนน	0 คะแนน																																		
<p>2.1 มีแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย เภสัชกร ผ่านการอบรมหลักสูตรگاهیษาทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ 30 คะแนน</p>																																				
<p>2.2 ผ่านการอบรมฯ ไม่ครบทั้ง 3 วิชาชีพ ได้ 15 คะแนน</p>																																				
<p>3. การบริการ มีการให้บริการคลินิกگاهیษาทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน มีวันและเวลาการให้บริการที่ชัดเจน มีสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกันดำเนินการคลินิกگاهیษาทางการแพทย์ เช่น แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น</p>	30 คะแนน	0 คะแนน																																		
<p>3.1 มีเฉพาะคลินิกگاهیษาทางการแพทย์แผนไทย ได้ 15 คะแนน</p>																																				
<p>3.2 มีคลินิกگاهیษาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ได้ 30 คะแนน</p>																																				
<p>4. ยาگاهیษาและระบบคลังยา มีการขอสนับสนุนยาگاهیษาหรือการจัดซื้อยาگاهیษา ระบบการจัดการและจัดเก็บگاهیษา การจัดการยาگاهیษาหมดอายุ การรับ-ลงข้อมูล stock ยาگاهیษา ที่ชัดเจน</p>	30 คะแนน	0 คะแนน																																		
<p>5. ระบบข้อมูลสารสนเทศ มีระบบการลงข้อมูลผู้ป่วยด้วยโปรแกรม C-MOPH, AUR, HPVC หรือโปรแกรมอื่นที่เกี่ยวข้อง</p>	5 คะแนน	0 คะแนน																																		
<p>รวม</p>	100	คะแนน																																		
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564</p>																																			

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละตามระดับประเมินการให้คะแนนจากตารางตัวชี้วัด

ตัวอย่าง หากได้คะแนนรวม 65 คะแนน คำนวณได้เป็น $(65 \times 5) / 100 = 3.25$

ระดับ	1	2	3	4	5
คะแนน	20	40	60	80	100

วิธีการประเมินผล :	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในหน่วยบริการ 2. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์/รายการยากัญชา 3. รายงานผลการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ /สรุปผลการปฏิบัติงาน
เอกสารสนับสนุน :	กองควบคุมวัตถุเสพติด (กัญชา) สำนักคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข เข้าถึงได้จาก https://cannabis.fda.moph.go.th/ 
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ : นางอาภรณ์ โชติเมืองปัก ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ โทร. 081-320-0706 : นายอนุพงษ์ วงศ์นิลยong ตำแหน่ง เกษัชกรปฏิบัติการ โทร. 081-469-5296 กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ : นายดวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการพิเศษ โทร. 086-850-8366 : นางสาวกนกวรรณ เหมียะโก ตำแหน่ง เกษัชกรปฏิบัติการ โทร. 087-429-1104 คลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ โรงพยาบาลบึงกาฬ : นางสาวพรนภัส จูรีมาศ ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการ โทร. 086-859-2337 (แผนปัจจุบัน) : นายธีระกุล อุทะกั้ง ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ โทร. 091-418-2718 (แผนไทย กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โทรศัพท์ 02-590-7772-3, โทรสาร 02-590-7772

ตัวชี้วัดที่	28.อัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
ยุทธศาสตร์ที่	2. บริการสุขภาพเป็นเลิศ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
น้ำหนัก	3
คำนิยาม	<p>1. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed : B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>3. กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>3.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (ต.ค.-ธ.ค.63) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2564 (1 ต.ค.63-30 ก.ย.64) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรพ.เอกชน</p> <p>4. การค้นหากลุ่มเสี่ยง คือ เน้นในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวาน แรงงานต่างด้าว และบุคลากรสาธารณสุข ให้ครอบคลุมร้อยละ 90 เพื่อลดอัตราป่วยให้เหลือไม่เกิน 88 ต่อประชากร 100,000 คน ภายในปี 2564</p>

	5. ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (NTIP online) หรือระบบการจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์หรือระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
			2559	2560	2561	2562	2563
	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่**	ร้อยละ 85	81.76	80.52	84.27	87.84	87.84 ข้อมูลยังไม่ครบกำลังรักษาร้อยละ 2.70
	หมายเหตุ **อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่1 ของแต่ละปีงบประมาณ						
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษากรบ 2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2563) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (โปรแกรม NTIP online) หรือระบบการจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์หรือระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด						
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (โปรแกรม NTIP online) หรือระบบการจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์หรือระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด						
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2563) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษากรบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2564						
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2563)						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	1. ร้อยละการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง : สูตรการคำนวณ = (A/B) × 100 A = จำนวนเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองด้วยวิธีเอกซเรย์ปอดจำนวนเป้าหมายใน 7 กลุ่มเสี่ยง B = จำนวนเป้าหมายใน 7 กลุ่มเสี่ยง						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	2. อัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2563) : สูตรการคำนวณ = (A2/B2) × 100						

	<p>A2=จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2563) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2564</p> <p>B2=จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2563)</p>
<p>สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด 3</p>	<p>3. อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2564 (1 ตุลาคม 2563-30 กันยายน 2564) สูตรคำนวณ : อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษา = $(A3/B3) \times 100$</p> <p>A3=จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2564 (1 ตุลาคม 2562 -30 กันยายน 2564)</p> <p>B3=จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2564 (1 ตุลาคม 2562 -30 กันยายน 2564) คิดจากอัตรา 144 ต่อประชากรแสนคน</p> <p>หมายเหตุ : ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC</p>
<p>สูตรคำนวณ คะแนนตัวชี้วัด/เกณฑ์การประเมิน</p>	<p>สูตรการคำนวณ : การคิดคะแนนตัวชี้วัดตามเกณฑ์การประเมิน = $(A+B+C) / 3$</p> <p>A=คะแนนการค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง</p> <p>B=คะแนนอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2563)</p> <p>C=คะแนนร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2564</p>
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>-ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4</p> <p>-ครบรอบรายงานและประเมินผล วันที่ 30 กันยายน 2564</p> <p>-ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส</p>
<p>เงื่อนไขการคำนวณ</p>	<p>1. การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค <u>ไม่นับรวม</u></p> <p>-จำนวนผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ (เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2563)</p> <p>-ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2563)</p> <p>2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมาคำนวณอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค</p>

วิธีการ

ประเมินผล :

ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2563) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการ ภายในจังหวัด

กิจกรรม

กิจกรรม	การดำเนินงาน/ผลงาน
กิจกรรมที่ 1	1.จัดตั้งคณะทำงานระดับอำเภอ และตำบล 2.จัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุมโรควัณโรคในโรงพยาบาลและชุมชน
กิจกรรมที่ 2	1. มีแผนงาน/โครงการดำเนินงานวัณโรคระดับอำเภอ 2. จัดทำทะเบียนข้อมูลค้นหาผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยง และทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ รายไตรมาส/รายพื้นที่ระดับอำเภอ/ตำบล)/สรุปผลการดำเนินการค้นหา
กิจกรรมที่ 3	1.มีการติดตามการรักษาในพื้นที่ (DOT) 2.สรุปผลการดำเนินงาน โดยสรุปผลการติดตามการรักษาในพื้นที่ (DOT) ในผู้ป่วยเสมหะบวกทุกราย เสมหะลบ และอื่นๆ 3. สรุปรายงานผลการรักษาผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ รวมถึงผู้ป่วยทุกประเภท (Success Rate) แยกรายไตรมาส

1. ร้อยละการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง เน้นการค้นหาในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ผู้ป่วยเบาหวาน HbA1c > 7 และ FBS > 200 แรงงานต่างด้าว และบุคลากรสาธารณสุข ให้ครอบคลุมร้อยละ 90 เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1 คะแนน	ผลงานกิจกรรมที่ 1-2 ร่วมกับผลการค้นหาร้อยละ ≤50
2 คะแนน	ผลงานกิจกรรมที่ 1-2 ร่วมกับผลการค้นหาร้อยละ 60-69
3 คะแนน	ผลงานกิจกรรมที่ 1-2 ร่วมกับผลการค้นหาร้อยละ 70-79
4 คะแนน	ผลงานกิจกรรมที่ 1-2 ร่วมกับผลการค้นหาร้อยละ 80-89
5 คะแนน	ผลงานกิจกรรมที่ 1-2 ร่วมกับผลการค้นหาร้อยละ ≥90

2. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย > ร้อยละ 88) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2563) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 คะแนน	กิจกรรมที่ 3 ร่วมกับ Success Rate ≤65
2 คะแนน	กิจกรรมที่ 3 ร่วมกับ Success Rate 66-72
3 คะแนน	กิจกรรมที่ 3 ร่วมกับ Success Rate 73-79
4 คะแนน	กิจกรรมที่ 3 ร่วมกับ Success Rate 80-87
5 คะแนน	กิจกรรมที่ 3 ร่วมกับ Success Rate ≥88

3. อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ≥ ร้อยละ 85 ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2564 เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

		1 คะแนน	TB Treatment Coverage ≤69	
		2 คะแนน	TB Treatment Coverage 70-74	
		3 คะแนน	TB Treatment Coverage 75-79	
		4 คะแนน	TB Treatment Coverage 80-84	
		5 คะแนน	TB Treatment Coverage ≥85	
	...			
เอกสาร สนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ (NTP 2018) 2. ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล (NTIP.net) 3. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561			
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. นางนันทิกานต์ สุระมัตย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1058 3796 e-mail : dc.bkpho@gmail.com หรือ Nuntikan_nurse@hotmail.com 2. นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1263 6670 e-mail : korrer_bk@hotmail.com			

ตัวชี้วัดที่	29.ระดับความสำเร็จในการควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัด
ยุทธศาสตร์ที่	2. บริการสุขภาพเป็นเลิศ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงคุณภาพ
หน่วยวัด	ระดับคะแนน
น้ำหนัก	3
คำนิยาม	<p>1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มี อาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก</p> <p>2. ความสำเร็จในการควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัด หมายถึง จังหวัดสามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกเหตุการณ์ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน โดยการดำเนินการตามกิจกรรมหลักของ House Model ประเด็น เพิ่ม ศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคโควิด-19</p> <p>3. อัตราป่วยตายไม่เกินค่าเป้าหมาย หมายถึง อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศต่ำกว่าร้อยละ 1.4 ซึ่งเป็นข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (วันที่ 1 ตุลาคม 2563-30 กันยายน 2564) โดยนับผู้ป่วยทุกรายที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวกใน ประเทศไทย</p> <p>4. ประชาชนสวมหน้ากาก หมายถึง ประชาชนที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยสวมหน้ากาก ผ้า หรือหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 มากกว่าร้อยละ 85 (ประเมินเพื่อนับการสวมหน้ากากของประชาชน ใช้ตามแนวทางกรมอนามัย)</p> <p>5. Staff-Staff-System & ICS พร้อม หมายถึง ความพร้อมด้าน EOC ในการพัฒนา EOC เพื่อให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทุกโรคและภัยสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็น เอกภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยมีการพัฒนา 3 ด้าน ดังนี้</p> <p>1) ด้านระบบงาน (System) หมายถึง ระบบบัญชาการเหตุการณ์และแผนการปฏิบัติตอบสนอง ต่อสถานการณ์รวมถึงระบบการปฏิบัติอื่นๆ</p> <p>2) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Stuff) หมายถึง วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ ครุภัณฑ์ที่ใช้รวมถึงห้องสำหรับให้ ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงาน มีโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่มีความ รวดเร็ว ถูกต้อง ทันสถานการณ์ สามารถเชื่อมโยงได้ ระบบแสดงผลการประมวลผลข้อมูลข่าวสาร และ ระบบสื่อสาร</p> <p>3) ด้านกำลังคนที่มีสมรรถนะ (Staff) หมายถึง หน่วยงานจะต้องกำหนดและมีการวางแผนบุคลากร สำหรับตำแหน่งในการตอบสนองต่อสถานการณ์ตามระบบ ICS ซึ่งต้องสอดคล้องกับแผนระดม ทรัพยากรและแผนระดับประเทศของหน่วยงานอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการฝึกอบรมความรู้ และทักษะเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้จริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น</p> <p>6. มีและซ้อมแผน และ SOP หมายถึง การจัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับ ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เตรียมไว้ เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมทุกโรค และภัยสุขภาพ ทั้งในแผนระดับบัญชาการและแผนระดับปฏิบัติการสำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมและนำไปใช้ในการ</p>

จัดการภาวะฉุกเฉิน ได้ทันต่อสถานการณ์และมีประสิทธิภาพ ได้แก่ แผนปฏิบัติการควบคุมทุกโรคและภัยสุขภาพ แผน แนวทาง หรือคู่มือปฏิบัติการที่เตรียมไว้ล่วงหน้าสำหรับการตอบโต้สถานการณ์โรคหรือภัยสุขภาพ ที่จำเพาะ แผนระดมสรรพกำลัง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และดำเนินการซ้อมแผนอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี

7. หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เพิ่ม 3 เท่า (surge capacity) หมายถึง ในปีงบประมาณ 2564 จังหวัดจัดตั้งทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อเพิ่มจาก 1 ทีมต่ออำเภอ เป็น 3 ทีมต่ออำเภอ (หรืออาจจัดตั้งทีม CDCU เพิ่มเป็น 3 เท่าตามบริบทของพื้นที่จังหวัด)

8. ห้องปฏิบัติการของจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน หมายถึง ห้องปฏิบัติการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภายในจังหวัด ที่สามารถ แจ้งผลตรวจการติดเชื้อ ได้ใน 1 วัน

ยกเว้น

1) กรณีผลกำกวม อาจมีการส่งต่อห้องปฏิบัติการอื่น ซึ่งจะใช้เวลามากกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีการ ประสานรายงานเบื้องต้นไปก่อน

2) กรณีเฝ้าระวังหรือการตรวจตามนโยบายอื่นๆ ที่ส่งผลให้มีจำนวนตัวอย่างมาครั้งละหลายๆ เกินขีดความสามารถในการบริการปกติ

9. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ใน 4 ประเด็น (St B Su D : Stress, Burnout, Suicide, Depression) โดยการวิเคราะห์ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากสถานการณ์การติดเชื้อและการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ประกอบด้วย กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ สมาชิกในครอบครัว ผู้ถูกกักตัว (Quarantine) และกลุ่มเปราะบางทางสังคม ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้คาดการณ์ไว้ว่าจะดำเนินไปเป็น 3 ระยะ ในทุกระลอกของการระบาด ได้แก่

ระยะที่ 1 พบผู้ป่วยเดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 **ระยะที่ 2** พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในประเทศ และมีการระบาดในวงจำกัด **ระยะที่ 3** พบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวงกว้าง ในประเทศไทย

10. กลุ่มเสี่ยงใน 4 ประเด็น (St B Su D : Stress, Burnout, Suicide, Depression) หมายถึง ประชาชน ที่ได้รับการประเมินและคัดกรองด้านสุขภาพจิต ใน 4 ประเด็นปัญหา ได้แก่ ภาวะเครียด (stress) ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (Burnout) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicide) และภาวะซึมเศร้า (depress) จากการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยการค้นหาคัดกรองเชิงรุก (Active Screening) ภายใต้กรอบการดำเนินงานระยะสั้นของแผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปี 2563-2564

11. การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง ผู้ที่ประสบภาวะวิกฤตสุขภาพจิตจากการระบาดของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับการประเมินและคัดกรองด้านสุขภาพจิต ใน 4 ประเด็นปัญหา ผ่านระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิต ตลอดจนการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตทางออนไลน์ โทรศัพท์ หรือ ผ่าน Application ต่างๆ ที่สอดคล้องกับวิถีวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ และ ติดตามต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ครั้ง

12. มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ หมายถึง การแสดงข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน เพื่อให้ผู้บริหารสามารถนำไปตัดสินใจในการบัญชาการเหตุการณ์ได้ทันเวลา ซึ่งประกอบด้วย

	<p>1) ข้อมูลสถานการณ์โรค ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ ผู้ป่วยติดเชื้อสะสม ผู้ป่วยติดเชื้อที่รักษาอยู่ ผู้ป่วยติดเชื้อที่กลับบ้าน ผู้ป่วยติดเชื้อที่เสียชีวิต และผู้กักกันในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ</p> <p>2) การจัดการด้าน EOC ได้แก่ ข้อมูลบุคลากร (Staff) จำนวนบุคลากรที่เข้าเกณฑ์ PUI ข้อมูล ทรัพยากร (Stuff) ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา จำนวนห้อง AIIR, Isolate room, Cohort ward ข้อมูล ระบบ (System) ระบบรายงานข้อมูล COWARD</p> <p>3) ข้อมูลสถานะการปฏิบัติของทีมีปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรค</p> <p>13. ระบบกักกันโรค (Quarantine) ที่ได้มาตรฐาน หมายถึง สถานที่เอกเทศทุกประเภท ที่จัดตั้งขึ้นหรือระบุให้เป็นสถานที่ในการกักกันผู้ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่ามีการติดเชื้อหรือมีการสัมผัส หรือเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง โดยปฏิบัติตามมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคที่กรมควบคุมโรค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นผู้กำหนดและผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการด้านวิชาการภายใต้ คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ</p>
--	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
1.จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัด	ราย	0	0	0
2. จำนวนสถานที่กักกันโรคของจังหวัด	แห่ง	0	0	1

...

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	-ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ (DOC-CDC: District operation center of communicable disease control) จำนวน 8 อำเภอ -หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (communicable disease control unit: CDCU)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	-รายงาน -เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ 1 ต.ค. 63 – 30 ก.ย. 64
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศ (1 ต.ค. 63–30 ก.ย. 64)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. จังหวัดสามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคโควิด 2019 ทุกเหตุการณ์ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน นับตามจำนวนเหตุการณ์ (Event) 2. อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งประเทศ=(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	-ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 2, 4 -ครบรอบรายงานและประเมินผล รอบที่ 1: สิ้นเดือนมีนาคม 2563 รอบที่ 2: สิ้นเดือนกันยายน 2563 -ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงาน ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

การเข้าถึงเกณฑ์ประเมินผล :

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5
ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน			เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล
1	-วิเคราะห์ สถานการณ์และจัดทำแผนเพื่อการขับเคลื่อนดำเนินงานในแต่ละพื้นที่			รายงานผลการดำเนินงาน
2	-เตรียมการ/จัดหา และพัฒนา Staff-Staff-System & ICS ให้มีความพร้อม -พัฒนาและแต่งตั้ง CDCU -ขับเคลื่อนและสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนให้เอื้อต่อ DMH			รายงานผลการดำเนินงาน
3	-ซ้อมแผน และจัดทำ SOP -การจัดหา และพัฒนา Staff-Staff-System & ICS ให้มีความพร้อมผ่านการประเมิน			รายงานผลการดำเนินงาน
4	-จัด Real time Dashboard สำหรับผู้บริหาร -ประเมิน Mask >85% -ประเมิน HL ประชาชน ตามเกณฑ์			รายงานผลการดำเนินงาน
5	-ประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของกลุ่มเสี่ยงผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (30%) -ควบคุมการระบาด ทุกเหตุการณ์ให้ได้ภายใน 21-28 วัน			รายงานผลการดำเนินงาน

วิธีการประเมินผล :

ลำดับ	ตัวชี้วัด	วิธีการประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
1	-วิเคราะห์ สถานการณ์และจัดทำแผนเพื่อการขับเคลื่อนดำเนินงานในแต่ละพื้นที่	อำเภอประเมินตนเอง	คณะทำงาน CUP
2	-เตรียมการ/จัดหา และพัฒนา Staff-Staff-System & ICS ให้มีความพร้อม -พัฒนาและแต่งตั้ง CDCU -ขับเคลื่อนและสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนให้เอื้อต่อ DMH	-อำเภอประเมินตนเอง -อำเภอส่งบุคลากรอบรม -อำเภอประเมินระดับพื้นที่ตามแนวทางจังหวัด	EOC อำเภอ (ตามกลุ่มภารกิจ)
3	-ซ้อมแผน และจัดทำ SOP -การจัดหา และพัฒนา Staff-Staff-System & ICS ให้มีความพร้อมผ่านการประเมิน	-อำเภอดำเนินการและรายงานผลงานให้จังหวัด	EOC อำเภอ (ตามกลุ่มภารกิจ)
4	-จัด Real time Dashboard สำหรับผู้บริหาร -ประเมิน Mask >85% -ประเมิน HL ประชาชน ตามเกณฑ์	-อำเภอดำเนินการและรายงานผลงานให้จังหวัด	EOC อำเภอ (ตามกลุ่มภารกิจ)
5	-ประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของกลุ่มเสี่ยงผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (30%) -ควบคุมการระบาด ทุกเหตุการณ์ให้ได้ภายใน 21-28 วัน	-จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง -รายงานผลการดำเนินการตามมาตรฐาน	ทีม MCATT ทีม CDCU

เอกสารสนับสนุน :	เอกสารรายงานอิเล็กทรอนิกส์ตามที่กำหนด ซึ่งเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ หรือแอปพลิเคชันที่กำหนดเป็นข้อตกลงร่วมกันของทีมปฏิบัติการฯ/ คณะทำงานผู้รับการประเมิน หลังจากกิจกรรมที่ดำเนินการแล้วเสร็จ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางสาววิไลวรรณ ปัดถา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 06 5945 5638 e-mail : dc.bkpho@gmail.com</p> <p>2. นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1263 6670 e-mail : korror_bk@hotmail.com</p>

ตัวชี้วัดที่	30. ความสำเร็จลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รายใหม่
ยุทธศาสตร์ที่	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
หน่วยวัด	อัตรา
น้ำหนัก	3
คำนิยาม	<p>1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มปกติลดลง</p> <p>1.1 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง</p> <p>1.2 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มปกติ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มปกติหรือไม่ได้รับการคัดกรองในปีงบประมาณที่ผ่านมา</p> <p>2. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง</p> <p>2.1 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>2.1.1 กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลด้วยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว หลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่า ≥ 126 mg/dl หรือการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้วจากการที่ไม่อดอาหาร (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสจากการที่ไม่อดอาหาร (RPG) มีค่า ≥ 200 mg/dl และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>2.1.2 การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3 – 6 เดือน)</p> <p>2.2 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>2.21 กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 14.-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (DBP) ในช่วง 90-109 mmHg และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>2.2.2 การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว</p> <p>3. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง</p> <p>3.1 กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีค่าระดับ FBS 100-125 mg/dl หรือค่าระดับ RPG 140–199 mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ</p> <p>3.2 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่</p>

	ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มปกติลดลง	อัตรา	85.96	87.47	91.13
	2. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	-	-	44.19
	3. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	-	-	71.14
	4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	อัตรา	1.88	2.07	2.33
	5. ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	ร้อยละ	92.87	94.58	94.75
	6. ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	93.68	95.41	94.78
	7. ร้อยละประชากรอายุ 35 – 59 ปีที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	ร้อยละ	-	-	-
	8. ร้อยละประชากรอายุ 35 – 59 ปีที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	-	-	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ 2. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ ระบบ HDC On Cloud				
แหล่งข้อมูล	1. คลังข้อมูลสารสนเทศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ 2. ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มปกติลดลง A1 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ ซึ่งเป็นกลุ่มปกติหรือไม่ได้รับการคัดกรองในปีงบประมาณที่ผ่านมา				

	<p>2. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง A2 = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3 – 6 เดือน) A3 = จำนวนประชากรสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p> <p>3. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง A4 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ</p> <p>4. ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง A5 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน A6 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง</p> <p>5. ร้อยละประชากรอายุ 35 – 59 ปีที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง A7 = จำนวนประชากรอายุ 35-59 ปี ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน A8 = จำนวนประชากรอายุ 35-59 ปี ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง</p>
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มปกติลดลง B1 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดในปีงบประมาณ</p> <p>2. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง B2 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน B3 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง</p> <p>3. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง B4 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา</p> <p>4. ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง B5 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวานและ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน B6 = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>5. ร้อยละประชากรอายุ 35 – 59 ปีที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง B5 = จำนวนประชากรอายุ 35-59 ปี ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวานและ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน</p>

	B6 = จำนวนประชากรอายุ 35-59 ปี ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มปกติลดลง = $A1/B1 \times 100$ 2. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน = $A2/B2 \times 100$ 3. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง = $A3/B3 \times 100$ 4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง = $A4/B4 \times 100$ 5. ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน = $A5/B5 \times 100$ 6. ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ความดันโลหิตสูง = $A6/B6 \times 100$ 7. ร้อยละประชากรอายุ 35 – 59 ปีที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน = $A7/B7 \times 100$ 8. ร้อยละประชากรอายุ 35 – 59 ปีที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง = $A8/B8 \times 100$						
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และ 4						
เกณฑ์การประเมิน : ระดับจังหวัด / ระดับอำเภอ							
	ผลประเมิน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	
	รวมคะแนน	20	40	60	80	100	
	ประเมินรอบที่ 1	น้ำหนัก	คะแนน				
			1	2	3	4	5
	1.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มปกติลดลง	20	≥2%	≥3%	≥4%	≥5%	≥6%
	2.ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	10	≥20	≥25	≥30	≥35	≥40
	3.ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	10	≥30	≥35	≥40	≥45	≥50
	4.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	10	≤2.35%	≤2.30%	≤2.25%	≤2.20%	≤2.15%
	5.ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	20	≥30	≥35	≥40	≥45	≥50
	6.ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ความดันโลหิตสูง	10	≥30	≥35	≥40	≥45	≥50
	7.ร้อยละประชากรอายุ 35 – 59 ปีที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	10	≥20	≥25	≥30	≥35	≥40
	8.ร้อยละประชากรอายุ 35 – 59 ปีที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	10	≥20	≥25	≥30	≥35	≥40

ประเมินรอบที่ 2	น้ำหนัก	คะแนน				
		1	2	3	4	5
1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มปกติ ลดลง	20	≥6%	≥7%	≥8%	≥9%	≥10%
2. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	10	≥40	≥45	≥50	≥55	≥60
3. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	10	≥50	≥55	≥60	≥65	≥70
4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	10	≤2.15%	≤2.10%	≤2.05%	≤2.0%	≤1.95%
5. ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	20	≥50	≥60	≥70	≥80	≥90
6. ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ความดันโลหิตสูง	10	≥50	≥60	≥70	≥80	≥90
7. ร้อยละประชากรอายุ 35 – 59 ปีที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	10	≥40	≥45	≥50	≥55	≥60
8. ร้อยละประชากรอายุ 35 – 59 ปีที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	10	≥40	≥45	≥50	≥55	≥60

วิธีการประเมินผล :	<p>ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p><u>หมายเหตุ</u></p> <p>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงานร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>1. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 กันยายน 2563 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 120 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 30 ธันวาคม 2563 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2564</p> <p>2. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 120 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2564 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2564</p>
เอกสารสนับสนุน :	รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>นายแพทย์กฤษฏา ศิริชัยสิทธิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญโรงพยาบาลบึงกาฬ โทร. 0 42491 1613 โทรศัพท์มือถือ 08 6403 6438</p> <p>นางกุลกรภัส ภูติโส หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร. 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ 08 9954 2332</p> <p>นางสาวลดาพรรณ ช่างศรี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร. 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ 06 2639 2112</p>

ตัวชี้วัดที่	31. ความสำเร็จลดภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
ยุทธศาสตร์ที่	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	3
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (รหัส ICD-10 : E10-14) และได้รับการขึ้นทะเบียน/ ผู้ป่วยเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 หรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเกณฑ์ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจความดันโลหิต และมีค่าความดันโลหิตตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง(CKD) และมีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 130/180 mmHg 2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง(CKD) และมีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 140/190 mmHg 3. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตในทุกกลุ่มอายุ และเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 1-4 และมีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 130/180 mmHg <p>หมายเหตุ : รหัส ICD10 ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคไตเรื้อรัง(CKD) ระยะ 1-4 รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่1-4 N18.1-N18.4</p> <p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส I10-I15</p> <p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140/90 mmHg ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ไม่ว่าจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่</p> <p>ภาวะอ้วน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ตร.ม.</p> <p>ภาวะอ้วนลงพุง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวัดส่วนสูง และมีรอบเอวมากกว่าส่วนสูง (ซม.) / 2 โดยวัดรอบเอวผ่านสะดือ</p> <p>การตรวจ HbA1c หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C; HbA1c) อย่างน้อย 1 ครั้งในปีงบประมาณ</p>

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	1. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	16.81	20.6	18.92
	2. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์	ร้อยละ	74.86	73.55	71.09
	3. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	52.87	52.52	50.39
	4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง	ร้อยละ	67.25	68.77	67.2
	5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI \geq 25 กก./ตร.ม.)] ลดลงจากงบประมาณที่ผ่านมา	ร้อยละที่ลดลง	-	-	-3.23
	6. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้ง / ปี	ร้อยละ	-	-	-
7. ความสำเร็จการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Self Health Group	ขั้นตอน	-	-		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 3. ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ได้รับการตรวจภาวะอ้วนลงพุงทั้งหมด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี A2 = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณตามเกณฑ์ A3 = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี A4 = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการตรวจและมีภาวะอ้วนลงพุง (มีรอบเอวมากกว่าส่วนสูง (ซม.)/2) A5 = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มีภาวะอ้วน [BMI \geq 25 กก./ตร.ม.)] ในปีงบประมาณปัจจุบัน A6 = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C; HbA1c) อย่างน้อย 1 ครั้งในปีงบประมาณ				

รายการข้อมูล 2	<p>B1 = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>B2 = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>B3 = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเขตรับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>B4 = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจภาวะอ้วนลงพุงทั้งหมด</p> <p>B5 = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มีภาวะอ้วน [BMI \geq 25 กก./ตร.ม.] ในปีงบประมาณที่ผ่านมา</p> <p>B6 = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด</p>												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี = $(A1/B1) \times 100$</p> <p>2. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์ = $(A2/B2) \times 100$</p> <p>3. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี = $(A3/B3) \times 100$</p> <p>4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวมากกว่าส่วนสูง (ซม.)/2) = $(A4/B4) \times 100$</p> <p>5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI \geq 25 กก./ตร.ม.] ลดลงจากงบประมาณที่ผ่านมา = $[(B-A/B) \times 100]$</p> <p>6. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี = $(A5/B5) \times 100$</p>												
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และ 4												
เกณฑ์การประเมิน : ระดับจังหวัด / ระดับอำเภอ													
<table border="1" data-bbox="264 1090 1414 1189"> <thead> <tr> <th data-bbox="264 1090 456 1137">ผลประเมิน</th> <th data-bbox="456 1090 647 1137">ระดับ 1</th> <th data-bbox="647 1090 839 1137">ระดับ 2</th> <th data-bbox="839 1090 1031 1137">ระดับ 3</th> <th data-bbox="1031 1090 1222 1137">ระดับ 4</th> <th data-bbox="1222 1090 1414 1137">ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="264 1137 456 1189">รวมคะแนน</td> <td data-bbox="456 1137 647 1189">20</td> <td data-bbox="647 1137 839 1189">40</td> <td data-bbox="839 1137 1031 1189">60</td> <td data-bbox="1031 1137 1222 1189">80</td> <td data-bbox="1222 1137 1414 1189">100</td> </tr> </tbody> </table>		ผลประเมิน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	รวมคะแนน	20	40	60	80	100
ผลประเมิน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5								
รวมคะแนน	20	40	60	80	100								

ประเมิน รอบที่ 1	น้ำหนัก	รายการ	คะแนน				
			1	2	3	4	5
20		1.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	≥8	11	14	17	≥20
20		2.ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้	≥20	25	30	35	≥40
20		3.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวมากกว่าส่วนสูง (ซม.)/2)	≤10%	≤15%	≤20 %	≤25 %	≤30%
20		4.ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้ง / ปี	≥30	35	40	45	≥50
20		5.ความสำเร็จการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Self Health Group	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5

ประเมิน รอบที่ 2	น้ำหนัก	รายการ	คะแนน				
			1	2	3	4	5
	20	1.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	≥20	25	30	35	≥40
	10	2.ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้	≥40	45	50	55	≥60
	20	3.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวมากกว่าส่วนสูง (ซม.)/2)	≥30%	≤35%	≤40%	≤45%	≤50%
	10	4.ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้ง / ปี	≥50	55	60	65	≥70
	20	5.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI ≥ 25 กก./ตร.ม.] ลดลงจากงบประมาณที่ผ่านมา	≥3%	≥3.5%	≥4%	≥4.5%	≥5%
	20	6.ความสำเร็จการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Self Health Group	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5*
วิธีการประเมินผล :	<p>ติดตามจากระบบรายงาน 43 แฟ้ม</p> <p>ความสำเร็จการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Self Health Group ประเมิน 5 ขั้นตอน</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 ขึ้นเตรียมข้อมูล เตรียมผล Lab FBS คัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม 15 รายต่อหน่วยบริการ</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ครั้งที่1 ให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้แนวทางปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการติดตามประเมินผลด้วยตนเอง บอกเล่าประสบการณ์ ทบทวนตนเอง ทำสัญญาใจกับกลุ่ม จัดตั้งกลุ่มไลน์</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 ขึ้นดำเนินการจัดกิจกรรมกลุ่ม เดือนละ1ครั้ง ทบทวนความรู้ ติดตามประเมินผล สาธิตการจัดอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามตนเอง น้ำหนัก ความดันรอบเอว ค่าระดับน้ำตาลในเลือด จุดบันทึกต่อเนื่อง</p>						

	<p>ขั้นตอนที่ 4 ชั้นประเมินและปรับปรุงประเมินโดยซักถาม/แบบสอบถาม ประเมินจากความร่วมมือ ประเมินผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น คัดเลือกผู้ที่มีผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดี ได้แก่ น้ำหนัก ความดันรอบเอว ค่าระดับน้ำตาลในเลือด จัดบันทึกต่อเนื่องเพื่อพิจารณามอบใบเกียรติบัตรยกย่องเชิดชูและเป็นต้นแบบให้คำปรึกษากับเพื่อนๆในกลุ่มได้</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 ผลลัพธ์ระดับน้ำตาลของผู้เข้าร่วมโครงการ</p> <table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">* ตัวชี้วัด</td> <td></td> <td colspan="4" style="text-align: center;">เกณฑ์การให้คะแนน</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า 6</td> <td style="text-align: center;">≥50</td> <td style="text-align: center;">60</td> <td style="text-align: center;">70</td> <td style="text-align: center;">80</td> <td style="text-align: center;">≥90</td> </tr> </table>	* ตัวชี้วัด		เกณฑ์การให้คะแนน					1	2	2	4	5	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า 6	≥50	60	70	80	≥90
* ตัวชี้วัด		เกณฑ์การให้คะแนน																	
	1	2	2	4	5														
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า 6	≥50	60	70	80	≥90														
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>-</p>																		
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด</p>	<p>นายแพทย์กฤษฏา ศิริชัยสิทธิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญโรงพยาบาลบึงกาฬ โทร. 0 42491 1613 โทรศัพท์มือถือ 08 6403 6438</p> <p>นางกุลรภัส ภูติโส หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร. 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ 08 9954 2332</p> <p>นางสาวลดาวรรณ ช่างศรี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร. 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ 06 2639 2112</p>																		

ตัวชี้วัดที่	32.อัตราการตายด้วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงลดลง				
ยุทธศาสตร์ที่	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ				
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ				
หน่วยวัด	ร้อยละที่ลดลง				
น้ำหนัก	3				
คำนิยาม	อัตราการตายโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานตาย หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 – E14) ตายจากสาเหตุอื่น เนื่องจากโรคเบาหวาน (E10 – E14) อัตราการตายโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวานตาย หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) ตายจากสาเหตุอื่น เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	อัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ (ต่อแสน พชก.)	28.31 (เพิ่มขึ้น7.97%)	31.42 (เพิ่มขึ้น10.98%)	36.62 (เพิ่มขึ้น16.54%)
อัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ (ต่อแสน พชก.)	10.89 (เพิ่มขึ้น130.72%)	7.67 (ลดลง29.56%)	8.8 (เพิ่มขึ้น14.73%)	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานตายในปีงบประมาณปัจจุบัน ที่มีรหัส ICD10 (E10 – E14) 2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตายในปีงบประมาณปัจจุบัน ที่มีรหัส ICD10 (E10 – E14)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม				
แหล่งข้อมูล	FTP ข้อมูลสาเหตุการตาย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (กยผ.)				
รายการข้อมูล 1	A1 = อัตราตายผู้ป่วยเบาหวานในปีที่ผ่านมา A2 = อัตราตายผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในปีที่ผ่านมา				
รายการข้อมูล 2	B1 = อัตราตายผู้ป่วยเบาหวานในปีปัจจุบัน B2 = อัตราตายผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในปีปัจจุบัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. อัตราตายด้วยโรคเบาหวานลดลง $((B1 - A1)/B1) \times 100$ 2. อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง $((B2 - A2)/B2) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4				
เกณฑ์การประเมิน : ระดับจังหวัด / ระดับอำเภอ					

คะแนน ประเมินรอบที่ 2	คะแนน				
	1	2	3	4	5
1. อัตราตายด้วยโรคเบาหวานลดลง	≥1%	≥2%	≥3%	≥4%	≥5%
2. อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง					

วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนกระทรวงมหาดไทย คลังข้อมูล V2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ <u>หมายเหตุ</u> อัตรา : จำนวนรวม x 100,000 / ประชากรกลางปี
เอกสารสนับสนุน :	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์กฤษฏา ศิริชัยสิทธิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญโรงพยาบาลบึงกาฬ โทร. 0 42491 1613 โทรศัพท์มือถือ 08 6403 6438 นางกุลรภัส ภูติโส หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร. 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ 08 9954 2332 นางสาวลดาพรรณ ช่างศรี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร. 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ 06 2639 2112

ตัวชี้วัดที่	33. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้การบริการฟื้นฟูสภาพพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) (ร้อยละ 100) ตัวชี้วัดรอง ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ร้อยละ 80)		
ยุทธศาสตร์ที่	2. บริการสุขภาพเป็นเลิศ (Service Excellence)		
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์		
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ		
หน่วยวัด			
น้ำหนัก	2		
คำนิยาม	<p>การดูแลพระยะกลาง หมายถึง การดูแลพระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (medically stable*) แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลพระยะกลางยังต้องการการดูแลทางการแพทย์ พยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพใส่สถานพยาบาล (intermediate bed หรือ intermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อน สามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้ เป็นการดูแลในช่วงพระยะเวลาหนึ่ง (ไม่เกิน 6 สัปดาห์หรือ 45 วัน**)</p> <p>การบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยพระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดย <u>ทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ</u> โดยมี การให้บริการผู้ป่วยพระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)</p>		
	คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
	BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน BI ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
	IMC	Intermediate care	การบริการฟื้นฟูสภาพพระยะกลาง
	IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
	Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60-I64

	TBI	traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภยันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069		
	SCI	spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภยันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 – S14.1 S24.0 – S24.1 S34.0 – S34.1 S34.3		
		Multiple Impairment	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem		
	A	โรงพยาบาลศูนย์			
	S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่			
	M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก			
	M2	โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป		
	F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	รพช. ขนาด 60-120 เตียง		
	F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด 30-90 เตียง		
	F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด 10 เตียง		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดบึงกาฬ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตามแบบฟอร์มรายงาน จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการติดตาม นิเทศและประเมินผล				
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ ที่เริ่มให้การรักษารับส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง ในจังหวัดบึงกาฬ ที่เริ่มให้การรักษารับส่งต่อผู้ป่วย				
การรายงานข้อมูล	<p>ตัวชี้วัดหลัก ร้อยละของโรงพยาบาลพยาบาลที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) (ตัวชี้วัดระดับจังหวัด) (ความครอบคลุมในการให้บริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ของโรงพยาบาลในจังหวัดบึงกาฬ</p> <p>A = โรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดบึงกาฬ ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการการดูแลระยะกลางแบบ ผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ตามภาคผนวก 1 และ 2</p> <p>ภาคผนวก 1 เกณฑ์การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ IPD (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาล ในจังหวัดบึงกาฬ</p> <p>ภาคผนวก 2 IPD care protocol ที่ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities protocol (short stay)</p> <p>B = โรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัดบึงกาฬ</p>				

	<p><u>ตัวชี้วัดรอง</u> ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ตัวชี้วัดระดับจังหวัด)</p> <p>C = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ภายใน<u>จังหวัด</u> ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20</p> <p>D = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน<u>จังหวัด</u>รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multipleimpairment</p>
รายการข้อมูล 1	
รายการข้อมูล 2	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p><u>ตัวชี้วัดหลัก</u>ร้อยละของโรงพยาบาลพยาบาลที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน(intermediate bed/ward)</p> <p>A = โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการการดูแลระยะกลางแบบ ผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)</p> <p>B = โรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัดบึงกาฬ</p> <p><u>ตัวชี้วัดรอง</u> ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20</p> <p>C = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ภายใน<u>จังหวัด</u> ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20</p> <p>D = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน<u>จังหวัด</u>บึงกาฬ</p> <p>$(A/B) \times 100$</p> <p>$(C/D) \times 100$</p>
ระยะเวลาประเมินผล	
เกณฑ์เป้าหมาย	<p><u>เป้าหมายระดับจังหวัด</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) (ร้อยละ50) ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ร้อยละ60)

	<p>เป้าหมายระดับอำเภอ</p> <p>1. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารป็นสภาพผู้ป่วยดูแลระยะกลาง (ร้อยละ60)</p> <p>2. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริหารป็นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ร้อยละ60)</p>																																																																		
<p>เกณฑ์การให้คะแนน</p>	<p>กำหนดเป็นค่าคะแนนในแต่ละกิจกรรมการดำเนินงาน โดยผลรวมคะแนนการดำเนินงาน คิดสัดส่วนคะแนนตามเป้าหมาย ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="512 577 1503 730"> <thead> <tr> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50 - 59</td> <td>60 - 69</td> <td>70 - 79</td> <td>80 - 89</td> <td>90 - 100</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 - 100																																																				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																																															
50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 - 100																																																															
<p>เกณฑ์การให้คะแนน สำหรับรพ. ระดับ M และ F ในจังหวัดบึงกาฬ</p>	<table border="1" data-bbox="512 730 1503 2020"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th> <th>รายละเอียด</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="7"> ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการดำเนินงาน IMC </td> <td>1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการดูแลระยะกลาง/มีการประชุมคณะกรรมการการดูแลระยะกลาง อย่างน้อย 1 ครั้งใน 6 เดือน</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2. มีแผนการดำเนินงานการดูแลระยะกลาง</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3. มี Flow chart การดูแลระยะกลาง</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>4. มีแบบคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการฟื้นฟูระยะกลาง</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>5. มีทะเบียนการดูแลระยะกลาง แยกตามโรค และคิดเป็นร้อยละ</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6. ประเมิน Barthel index ในผู้ป่วยระยะกลางแยกตามแต่ละโรค (ตามแบบส่งรายงานทุก 3 เดือน)</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">รวม</td> <td></td> <td>10</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"> ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนสำหรับการดูแลระยะกลางแบบ IPD </td> <td>1. จำนวนและลักษณะเตียง</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1.1 มี 2 เตียง 1.2 เตียงสูง 1 เตียงและเตียงเตี้ย 1 เตียง 1.3 มีช่องว่างระหว่างเตียง 1.5 ม.เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. ห้องน้ำในหอผู้ป่วย</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2.1 มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. บุคลากรชั้นต่ำ</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3.1 แพทย์ (GP หรือ Fam med)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3.2 พยาบาล(ผ่านหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูฯ)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3.3 นักกายภาพบำบัด</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารป็นสภาพผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>4.1 Problem list + pland</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4.2 Team meeting report (1 time for shot stay)</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4.3 Standing doctor order sheet</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4.4 Activities protocol (shot stay)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารป็นสภาพผู้ป่วยนอกOIPD-IMC protocol)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>				กิจกรรม	รายละเอียด	คะแนน	ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการดำเนินงาน IMC	1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการดูแลระยะกลาง/มีการประชุมคณะกรรมการการดูแลระยะกลาง อย่างน้อย 1 ครั้งใน 6 เดือน	2	2. มีแผนการดำเนินงานการดูแลระยะกลาง	1	3. มี Flow chart การดูแลระยะกลาง	1	4. มีแบบคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการฟื้นฟูระยะกลาง	1	5. มีทะเบียนการดูแลระยะกลาง แยกตามโรค และคิดเป็นร้อยละ	2	6. ประเมิน Barthel index ในผู้ป่วยระยะกลางแยกตามแต่ละโรค (ตามแบบส่งรายงานทุก 3 เดือน)	3	รวม		10	ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนสำหรับการดูแลระยะกลางแบบ IPD	1. จำนวนและลักษณะเตียง	1	1.1 มี 2 เตียง 1.2 เตียงสูง 1 เตียงและเตียงเตี้ย 1 เตียง 1.3 มีช่องว่างระหว่างเตียง 1.5 ม.เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก			2. ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	1		2.1 มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย			3. บุคลากรชั้นต่ำ			3.1 แพทย์ (GP หรือ Fam med)	1		3.2 พยาบาล(ผ่านหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูฯ)	1		3.3 นักกายภาพบำบัด	0.5		4. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารป็นสภาพผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)			4.1 Problem list + pland	2		4.2 Team meeting report (1 time for shot stay)	2		4.3 Standing doctor order sheet	1		4.4 Activities protocol (shot stay)	1		5. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารป็นสภาพผู้ป่วยนอกOIPD-IMC protocol)				3
กิจกรรม	รายละเอียด	คะแนน																																																																	
ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการดำเนินงาน IMC	1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการดูแลระยะกลาง/มีการประชุมคณะกรรมการการดูแลระยะกลาง อย่างน้อย 1 ครั้งใน 6 เดือน	2																																																																	
	2. มีแผนการดำเนินงานการดูแลระยะกลาง	1																																																																	
	3. มี Flow chart การดูแลระยะกลาง	1																																																																	
	4. มีแบบคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการฟื้นฟูระยะกลาง	1																																																																	
	5. มีทะเบียนการดูแลระยะกลาง แยกตามโรค และคิดเป็นร้อยละ	2																																																																	
	6. ประเมิน Barthel index ในผู้ป่วยระยะกลางแยกตามแต่ละโรค (ตามแบบส่งรายงานทุก 3 เดือน)	3																																																																	
	รวม		10																																																																
ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนสำหรับการดูแลระยะกลางแบบ IPD	1. จำนวนและลักษณะเตียง	1																																																																	
	1.1 มี 2 เตียง 1.2 เตียงสูง 1 เตียงและเตียงเตี้ย 1 เตียง 1.3 มีช่องว่างระหว่างเตียง 1.5 ม.เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก																																																																		
	2. ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	1																																																																	
	2.1 มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย																																																																		
	3. บุคลากรชั้นต่ำ																																																																		
	3.1 แพทย์ (GP หรือ Fam med)	1																																																																	
	3.2 พยาบาล(ผ่านหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูฯ)	1																																																																	
	3.3 นักกายภาพบำบัด	0.5																																																																	
	4. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารป็นสภาพผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)																																																																		
	4.1 Problem list + pland	2																																																																	
	4.2 Team meeting report (1 time for shot stay)	2																																																																	
	4.3 Standing doctor order sheet	1																																																																	
	4.4 Activities protocol (shot stay)	1																																																																	
	5. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารป็นสภาพผู้ป่วยนอกOIPD-IMC protocol)																																																																		
		3																																																																	

เกณฑ์การให้คะแนน สำหรับรพ.ระดับSใน จังหวัดบึงกาฬ		5.1 Physical therapy 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI เท่ากับ 20	3
		5.2 Nursing care 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI เท่ากับ 20	
		6. การบริบาลฟื้นฟูสภาพที่บ้าน(Home care +therapy)	
		6.1 Physical therapy 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI เท่ากับ 20	5
		6.2 Nursing care 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI เท่ากับ 20	5
		7. ยาและเวชภัณฑ์ (medication and medicament)	
		7.1 ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen (บัลลูซี ซ)	0.5
		7.2 ยาสวนอุจจาระขนาดน้อยกว่า 150 มล. เช่น enema ขนาด 20 มล.	0.5
		7.3 หลอดสวนปัสสาวะเช่น Foley catheter 14-16 F with ballon size 5-15 ml,red rubber catheter,urine bag	0.5
		8. อุปกรณ์ช่วยคนพิการ (Assistive devices)	
		8.1 Shoulder-Bobath sling	0.5
		8.2 Plastic AFO	0.5
		8.3 One-point cane	0.5
		8.4 Tripod or quad cane	0.5
		รวม	30
	ขั้นตอนที่ 3 ตัวชี้วัดการดูแล ระยะกลาง	ร้อยละการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Barthel index <15 และ ≥15 with multipleimpairment ได้รับการบริบาล) จำนวนผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการบริบาล <hr/> จำนวนผู้ป่วยระยะกลางทั้งหมด -ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการบริบาล ≥ ร้อยละ 40 -ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการบริบาล ≥ ร้อยละ 50 -ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการบริบาล ≥ ร้อยละ 60 -ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการบริบาล ≥ ร้อยละ 70 -ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการบริบาล ≥ ร้อยละ 80	10 15 20 25 30
	รวม	30	
	ขั้นตอนที่ 4 ตัวชี้วัดคุณภาพการ ดูแลระยะกลาง	1. มีผลงาน CQI /นวัตกรรม 2. มีผลงานการวิจัย	20 30
	รวม	30	
	ผลรวม	ขั้นตอนที่ 1-3	100

กิจกรรม	รายละเอียด	คะแนน
ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการ ดำเนินงาน IMC	1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการดูแลระยะกลาง/มีการประชุมคณะกรรมการการดูแลระยะกลาง อย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 6 เดือน	1
	2. มีแผนการดำเนินงานการดูแลระยะกลาง	0.5
	3. มี Flow chart การดูแลระยะกลาง	0.5
	4. มีแบบคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการฟื้นฟูระยะกลาง	1
	5. มีทะเบียนการดูแลระยะกลาง แยกตามโรค และคิดเป็นร้อยละ	1
	6. ประเมิน Barthel index ในผู้ป่วยระยะกลางแยกตามแต่ละโรค (ตามแบบส่งรายงานทุก 3 เดือน)	
	รวม	5
ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนสำหรับการ ดูแลระยะกลาง แบบ IPD	1.จำนวนและลักษณะเตียง	คะแนน
	1.1 มี 2 เตียง	0.5
	1.2 เตียงสูง 1 เตียงและเตียงเตี้ย 1 เตียง	0.5
	1.3 มีช่องว่างระหว่างเตียง 1.5 ม.เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก	0.5
	2.ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	
	2.1 มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย	0.5
	3. บุคลากรขั้นต่ำ	
	3.1 แพทย์ (GP หรือ Fam.med)	1
	3.2 พยาบาล(ผ่านหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูฯ)	1
	3.3 นักกายภาพบำบัด	0.5
	4. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)	
	4.1 Problem list + pland	2
	4.2 Team meeting report (1 time for shot stay)	2
4.3 Standing doctor order sheet	2	
4.4 Activities protocol (shot stay)	2	
5. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนอก OIPD-IMC protocol)		
5.1 Physical therapy 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI เท่ากับ 20	2	
5.2 Nursing care 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI เท่ากับ 20	2	

	<p>6. การบริบาลฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (Home care +therapy)</p> <p>6.1 Physical therapy 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI เท่ากับ 20</p> <p>6.2 Nursing care 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI เท่ากับ 20</p>	<p>3</p> <p>3</p>
	<p>7. ยาและเวชภัณฑ์ (medication and medicament)</p> <p>7.1 ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen (บัลลูซีน)</p> <p>7.2 ยาสวนอุจจาระขนาดน้อยกว่า 150 มล. เช่น enema ขนาด 20 มล.</p> <p>7.3 หลอดสวนปัสสาวะเช่น Foley catheter 14-16 F with ballon size 5-15 ml,red rubber catheter,urine bag</p>	<p>0.5</p> <p>0.5</p> <p>0.5</p>
	<p>8. อุปกรณ์ช่วยคนพิการ (Assistive devices)</p> <p>8.1 Plastic AFO</p> <p>8.2 Tripod or quad cane</p>	<p>0.5</p> <p>0.5</p>
	รวม	25
ขั้นตอนที่ 3 ตัวชี้วัดการดูแล ระยะกลาง	<p>ร้อยละการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Barthel index <15 และ ≥15 with multipleimpairment ได้รับการบริบาล)</p> <p>จำนวนผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการบริบาล</p> <hr/> <p>จำนวนผู้ป่วยระยะกลางทั้งหมด</p> <p>-ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการบริบาล ≥ ร้อยละ 50</p> <p>-ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการบริบาล ≥ ร้อยละ 60</p> <p>-ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการบริบาล ≥ ร้อยละ 70</p> <p>-ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการบริบาล ≥ ร้อยละ 80</p>	<p>15</p> <p>20</p> <p>25</p> <p>30</p>
	รวม	รวม 30

<p>ขั้นตอนที่ 4</p> <p>บทบาทการดูแล ระยะ กลาง เชิง คุณภาพ สำหรับรพ.ระดับ S</p>	<p>1. มีระบบการคัดกรองผู้ป่วย stroke,TBI,SCI ภายใน จังหวัด รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำที่รอดชีวิตทุกราย</p>	5
	<p>2. มีระบบส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลมีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย โรงพยาบาลลูกข่ายระดับ M และ F รวมทั้งในเขตพื้นที่ รับผิดชอบ</p>	5
	<p>3. มีระบบการรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน โรงพยาบาลมีระบบรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน</p>	5
	<p>4. การให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการ โรงพยาบาลมีระบบสนับสนุนด้านวิชาการการบริบาลฟื้นฟู สภาพผู้ป่วย แก่โรงพยาบาลลูกข่ายระดับอำเภอและตำบล</p>	10
	<p>5. มีผลงาน CQI /นวัตกรรม</p>	10
	<p>6. มีผลงานการวิจัย</p>	
	รวม	40
ผลรวม	ขั้นตอนที่ 1-4	100

<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>6 เดือนแรก (ต.ค.63 – มี.ค.64) เป้าหมายระดับอำเภอ</p> <p>1. โรงพยาบาลระดับM และ F ในจังหวัดบึงกาฬ ผ่านกิจกรรมขั้นตอนที่ 1-3 ได้คะแนน 80 คะแนนขึ้นไป</p> <p>2. โรงพยาบาลระดับ S ในจังหวัดบึงกาฬ ผ่านกิจกรรมขั้นตอนที่ 1-4 ได้คะแนน 80 คะแนนขึ้นไป</p> <p>3. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยดูแลระยะกลาง (ร้อยละ80)</p> <p>4. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ร้อยละ80)</p> <p>6 เดือนหลัง (เม.ย.63 – ก.ย.64) เป้าหมายระดับอำเภอ</p> <p>1. โรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดบึงกาฬ ผ่านกิจกรรมขั้นตอนที่ 1 – 4 ได้คะแนน 90 คะแนนขึ้นไป</p> <p>2. โรงพยาบาลระดับ S ในจังหวัดบึงกาฬ ผ่านกิจกรรมขั้นตอนที่ 1-4 ได้คะแนน 90 คะแนนขึ้นไป</p> <p>3. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยดูแลระยะกลาง (ร้อยละ80)</p> <p>4. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ร้อยละ80)</p> <p>เป้าหมายระดับจังหวัด</p> <p>1. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) (ร้อยละ 100)</p>
-----------------------------	---

	2. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ร้อยละ80)
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	1. รายงานผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ ที่เริ่มให้การรักษารับส่งต่อผู้ป่วย 2. รายงานผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง ใน จังหวัดบึงกาฬ ที่เริ่มให้การรักษารับส่งต่อผู้ป่วย
วิธีการรายงานผล	จากการนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน 6 เดือน/ครั้ง
เอกสารสนับสนุน :	- รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ - รายงานสรุปโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) - แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ. 2559
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายก้อนคำ พลวงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางสุภารัตน์ ไชยทุม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 042-492046 ต่อ 107 เบอร์โทรศัพท์มือถือ 08 6483 9465 Email: suparat4999@gmail.com

ชื่อตัวชี้วัด	<p>34.ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery</p> <p>34.1.ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery</p> <p>34.2.ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดนี้ไว้ในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)</p> <p>กรณีที่ 1 เกิดการบาดเจ็บ CBD injury หรือเกิด massive bleeding ซึ่งต้องให้เลือด 2 ยูนิตขึ้นไประหว่างผ่าตัดหรือ hollow viscus organ injury < ร้อยละ 1</p> <p>กรณีที่ 2 Re-admit ภายใน 1 เดือน (ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ surgical site infection: SSI) < ร้อยละ 5</p>						
ยุทธศาสตร์ที่	2. บริการสุขภาพเป็นเลิศ (Service Excellence)						
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์						
ลักษณะ	เชิงปริมาณ						
น้ำหนัก	2						
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน 2. ลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัดสั้นลง 3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย 4. ลดค่าใช้จ่ายบริการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ 5. เพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดเล็กที่มาตรฐานและปลอดภัย 						
คำนิยาม	<p>One Day Surgery (ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำหัตถการ หรือ ผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าและสามารถกลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่ได้รับไว้ทำหัตถการ หรือ ผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมงตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษา การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="411 1406 1430 2024"> <thead> <tr> <th data-bbox="411 1406 512 1451">ลำดับ</th> <th data-bbox="512 1406 746 1451">Diagnosis</th> <th data-bbox="746 1406 1430 1451">รหัสโรค(ICD-10 2010)และหรือหัตถการ (ICD-9-CM 2010)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="411 1451 512 2024">1</td> <td data-bbox="512 1451 746 2024">Inguinal hernia</td> <td data-bbox="746 1451 1430 2024"> ICD10-ICD9 : 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise </td> </tr> </tbody> </table>	ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค(ICD-10 2010)และหรือหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	1	Inguinal hernia	ICD10-ICD9 : 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise
ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค(ICD-10 2010)และหรือหัตถการ (ICD-9-CM 2010)					
1	Inguinal hernia	ICD10-ICD9 : 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise					

		<p>specified</p> <p>53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia</p> <p>53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia</p> <p>53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect</p> <p>53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis inguinal hernia ®</p> <p>53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified</p> <p>53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy</p> <p>53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis</p> <p>53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy</p>
2	Hydrocele	<p>ICD10-ICD9 :</p> <p>61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)</p>
3	Hemorrhoid	<p>ICD10-ICD9 :</p> <p>49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy</p> <p>49.45 Ligation of hemorrhoids</p> <p>49.46 Excision of hemorrhoids</p> <p>49.49 Other procedures on hemorrhoids</p>
4	Vaginal bleeding	<p>ICD10-ICD9 :</p> <p>68.16 Closed biopsy of uterus</p> <p>68.21 Division of endometrial synechiae</p> <p>68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus</p> <p>68.23 Endometrial ablation</p> <p>68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus</p>
5	Esophagogastric varices (Esophageal	<p>ICD10 :</p> <p>185.0 Oesophageal varices with bleeding</p> <p>185.9 Oesophageal varices without bleeding</p>

		varices,Gastric varices)	<p>I86.4 Gastric varices</p> <p>I98.2* Oesophageal varices without bleeding in diseases classified elsewhere</p> <p>I98.3* Oesophageal varices with bleeding in diseases classified elsewhere</p> <p>ICD9 :</p> <p>42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus</p> <p>43.41 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of stomach</p> <p>44.43 Endoscopic control of gastric or duodenal bleeding</p>
	6	Esophageal-Gastric Stricture	<p>ICD10-ICD9 :</p> <p>42.92 Dilation of esophagus</p> <p>44.22 Endoscopic dilation of pylorus</p>
	7	Esophagogastric cancer with obstruction (Esophageal cancer, gastric cancer)	<p>ICD10 :</p> <p>C15 Malignant neoplasm of oesophagus</p> <p>C16 Malignant neoplasm of stomach</p> <p>ICD9 :</p> <p>42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus</p> <p>42.81 Insertion of permanent tube into esophagus</p>
	8	Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	<p>ICD 10 :</p> <p>D12.6 Colon, unspecified Polyposis (hereditary) of colon</p> <p>K62.0 Anal polyp</p> <p>K62.1 Rectal polyp</p> <p>K63.5 Polyp of colon</p> <p>ICD9 :</p> <p>45.42 Endoscopic polypectomy of large intestine</p> <p>45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine</p>
	9	Common bile duct Stone (Bile duct stone)	<p>ICD10 :</p> <p>K80.0 Calculus of gallbdr w ac cholecystitis</p> <p>K80.1 Calculus of gallbdr w oth cholecystitis</p> <p>K80.2 Calculus of gallbdr w/o cholecystitis</p> <p>K80.3 Calculus of bile duct w cholangitis</p> <p>K80.4 Calculus of bile duct w cholecystitis</p> <p>K80.5 Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystitis</p>

			<p>ICD9 :</p> <p>51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy</p> <p>51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube</p> <p>51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct</p> <p>51.88 Endoscopic removal of stone(s) from biliary tract</p>
	10	Pancreatic duct stone	<p>ICD10 :</p> <p>K86.8 Other specified diseases of pancreas : Calculus</p> <p>ICD9 :</p> <p>51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy</p> <p>52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct</p> <p>52.94 Endoscopic removal of stone(s) from pancreatic duct</p>
	11	Bile duct stricture	<p>ICD10 :</p> <p>C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma : Cholangiocarcinoma</p> <p>C23 Malignant neoplasm of gallbladder</p> <p>C24 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract</p> <p>C25 Malignant neoplasm of pancreas</p> <p>K82.0 Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic duct or gallbladder without calculus</p> <p>K82.8 Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of cystic duct or gallbladder without calculus</p> <p>K83.1 Obstruction of bile duct:Stricture of without bile duct calculus</p> <p>K83.8 Other specified diseases of biliary tract: Adhesions of bile duct</p> <p>K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common),(hepatic) stricture</p> <p>ICD9 :</p> <p>51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy</p> <p>51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube</p> <p>51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile</p>

			duct
	12	Pancreatic duct stricture	<p>ICD10 :</p> <p>C25 Malignant neoplasm of pancreas</p> <p>K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis</p> <p>K86.1 Other chronic pancreatitis</p> <p>K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common),(hepatic) stricture</p> <p>ICD9 :</p> <p>52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct</p> <p>52.97 Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube</p> <p>52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct</p>
	13.	Foreign body of upper Gl. Tract	<p>ICD10 :</p> <p>T18.1 Foreign body in oesophagus</p> <p>T18.2 Foreign body in stomach</p> <p>ICD9 :</p> <p>98.02 Removal of intraluminal foreign body from esophagus without incision</p> <p>98.03 Removal of intraluminal foreign body from stomach and small intestine without incision</p>
	14.	Pterygium Excision	<p>ICD10 :</p> <p>H11.0 Pterygium</p> <p>ICD9 :</p> <p>11.31 Transposition of pterygium</p> <p>11.32 Excision of pterygium with corneal graft</p> <p>11.39 Other excision of pterygium + 10.44 Other free graft to conjunctiva</p>

	15.	Female sterilization	<p>ICD10 : Z30.2 Sterilization</p> <p>ICD9 : 66.29 Other bilateral endoscopic destruction or occlusion of fallopian tubes 66.31 Other bilateral ligation and crushing of fallopian tubes 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes Pomeroy operation 66.39 Other bilateral destruction or occlusion of fallopian tubes Female sterilization operation NOS</p>
	16.	Percutaneous fracture fixation	<p>ICD10 :</p> <p>S42.1 Fracture of scapula S42.2 Fracture of upper end of humerus S42.3 Fracture of shaft of humerus S42.4 Fracture of lower end of humerus S42.7 Multiple fractures of clavicle, scapula and humerus S42.8 Fracture of other parts of shoulder and upper arm S42.9 Fracture of shoulder girdle, part unspecified S52.0 Fracture of upper end of ulna S52.1 Fracture of upper end of radius S52.2 Fracture of shaft of ulna S52.3 Fracture of shaft of radius S52.4 Fracture of shafts of both ulna and radius S52.5 Fracture of lower end of radius S52.6 Fracture of lower end of both ulna and radius S52.7 Multiple fractures of forearm S52.8 Fracture of other parts of forearm S52.9 Fracture of forearm, part unspecified S62.0 Fracture of navicular [scaphoid] bone of hand S62.1 Fracture of other carpal bone(s) S62.4 Multiple fractures of metacarpal bones S62.7 Multiple fractures of fingers S82.0 Fracture of patella S82.1 Fracture of upper end of tibia S82.2 Fracture of shaft of tibia S82.3 Fracture of lower end of tibia S82.4 Fracture of fibula alone</p>

		S82.5 Fracture of medial malleolus S82.6 Fracture of lateral malleolus S82.7 Multiple fractures of lower leg S82.8 Fractures of other parts of lower leg S82.9 Fracture of lower leg, part unspecified S92.0 Fracture of calcaneus S92.1 Fracture of talus Astragalus S92.2 Fracture of other tarsal bone(s) S92.7 Multiple fractures of foot ICD9 : 78.1 Application of external fixator device
--	--	--

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค(ICD-10 2010)และหรือหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
17.	Fistula in ano	ICD10 : K60.3 Anal fistula ICD9 : 49.11 Anal fistulotomy 49.12 Anal fistulectomy
18.	Perirectal, Perianal abscess	ICD10 : K61.0 Anal abscess K61.1 Rectal abscess K61.2 Anorectal abscess K61.3 Ischiorectal abscess K61.4 Intrasphincteric abscess ICD9 : 49.01 Incision of perianal abscess 49.02 Other incision of perianal tissue
ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค(ICD-10 2010)และหรือหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
19	Breast abscess	ICD10 : N61 Inflammatory disorders of breast O91.1 Abscess of breast associated with childbirth ICD9 : 85.0 Mastotomy
20.	Vesicle stone	ICD10 :

			N21.0 Calculus in bladder ICD9 : 57.0 Transurethral clearance of bladder	
	21.	Ureteric stone	ICD10 : N20.1 Calculus of ureter ICD9 : 56.0 Transurethral removal of obstruction from ureter and renal pelvis	
	22.	Urethral stone	ICD10 : N21.1 Calculus in urethra ICD9 : 58.0 Urethrotomy 58.1 Urethral meatotomy	
	23.	Urethral stricture	ICD10 : N35.0 Post-traumatic urethral stricture N35.1 Postinfective urethral stricture, not elsewhere classified N35.8 Other urethral stricture N35.9 Urethral stricture, unspecified ICD9 : 58.5 Release of urethral stricture	
	ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค(ICD-10 2010)และหรือหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	
	24	Anal fissure	ICD10 : K60.0 Acute anal fissure K60.1 Chronic anal fissure K60.2 Anal fissure, unspecified ICD9 : 49.51 Left lateral anal sphincterotomy 49.52 Posterior anal sphincterotomy 49.59 Other anal sphincterotomy	
	25	Orchidectomy	ICD10 : C61 MALIGNANT NEOPLASM OF PROSTATE D292 BENIGN NEOPLASM OF TESTIS N40 HYPERPLASIA OF PROSTATE N44 TORSION OF TESTIS N450 ORCHITIS, EPIDIDYMITIS AND EPIDIDYMOORCHITIS WITH ABSCESS	

			<p>N459 ORCHITIS, EPIDIDYMITIS AND EPIDIDYMOORCHITIS WITHOUT ABSCESS</p> <p>N500 ATROPHY OF TESTIS</p> <p>N501 VASCULAR DISORDERS OF MALE GENITAL ORGANS</p> <p>N508 OTHER SPECIFIED DISORDERS OF MALE GENITAL ORGANS</p> <p>N509 DISORDER OF MALE GENITAL ORGANS, UNSPECIFIED</p> <p>Q531 UNDESCENDED TESTICLE, UNILATERAL</p> <p>Q532 UNDESCENDED TESTICLE, BILATERAL</p> <p>Q552 OTHER CONGENITAL MALFORMATIONS OF TESTIS AND SCROTUM</p> <p>ICD9 :</p> <p>62.3 Unilateral Orchiectomy 62.41 Bilateral orchidectomy NOS</p> <p>62.42 Removal of solitary testis</p>	
	26	Hysteroscopy	<p>ICD10 :</p> <p>D07.0 Carcinoma in situ of other and unspecified genital organs:Endometrium</p> <p>D250 SUBMUCOUS LEIOMYOMA OF UTERUS</p> <p>D252 SUBSEROSAL LEIOMYOMA OF UTERUS</p> <p>D26* Other benign neoplasms of uterus</p> <p>D39.0 Neoplasm of uncertain or unknown behavior of female genital organs :Uterus</p> <p>N710 ACUTE INFLAMMATORY DISEASE OF UTERUS</p> <p>N80.0 Endometriosis of uterus</p> <p>N801 ENDOMETRIOSIS OF OVARY</p> <p>N80.9 Endometriosis, unspecified</p> <p>N84* Polyp of female genital tract</p> <p>N85* Other noninflammatory disorders of uterus, except cervix</p> <p>N91-N98 Noninflammatory disorders of female genital tract</p> <p>ICD9 :</p> <p>68.12 Hysteroscopy</p>	
	ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค(ICD-10 2010)และหรือหัตถการ (ICD-9-CM 2010)	

	26	Hysteroscopy	<p>ICD10 :</p> <p>D07.0 Carcinoma in situ of other and unspecified genital organs:Endometrium</p> <p>D250 SUBMUCOUS LEIOMYOMA OF UTERUS</p> <p>D252 SUBSEROSAL LEIOMYOMA OF UTERUS</p> <p>D26* Other benign neoplasms of uterus</p> <p>D39.0 Neoplasm of uncertain or unknown behavior of female genital organs :Uterus</p> <p>N710 ACUTE INFLAMMATORY DISEASE OF UTERUS</p> <p>N80.0 Endometriosis of uterus</p> <p>N801 ENDOMETRIOSIS OF OVARY</p> <p>N80.9 Endometriosis, unspecified</p> <p>N84* Polyp of female genital tract</p> <p>N85* Other noninflammatory disorders of uterus, except cervix</p> <p>N91-N98 Noninflammatory disorders of female genital tract</p> <p>ICD9 :</p> <p>68.12 Hysteroscopy</p>
	27	Amputation finger	<p>ICD10 :</p> <p>C436 MALIGNANT MELANOMA OF UPPER LIMB, INCLUDING SHOULDER</p> <p>E10.5/7 Diabetes Mellitus With peripheral circulatory complications/ With multiple complications</p> <p>Insulindependent diabetes mellitus With peripheral circulatory complications</p> <p>E11.5/7 Non-insulin- dependent diabetes mellitus With peripheral circulatory complications</p> <p>E12.5/7 Malnutrition-related diabetes mellitus With peripheral circulatory complications</p> <p>E13.5/7 Other specified diabetes mellitus With peripheral circulatory complications</p> <p>E14.5/7 Unspecified diabetes mellitus</p> <p>M8644 CHRONIC OSTEOMYELITIS WITH DRAINING SINUS:CARPUS/FINGER/METACARPUS</p> <p>M72.6 Necrotizing fasciitis</p> <p>R02 GANGRENE, NOT ELSEWHERE CLASSIFIED</p> <p>S611 OPEN WOUND OF FINGER(S) WITH DAMAGE TO</p>

			<p>NAIL</p> <p>S6261 FRACTURE OF OTHER FINGER: OPEN</p> <p>S6271 MULTIPLE FRACTURES OF FINGERS: OPEN</p> <p>S6281 FRACTURE OF OTHER AND UNSPECIFIED PARTS OF WRIST AND HAND: OPEN</p> <p>S680 TRAUMATIC AMPUTATION OF THUMB (COMPLETEXPARTIAL)</p>	
	28.	Wide excision breast mass	<p>ICD10 :</p> <p>C50* Malignant neoplasm of breast</p> <p>D05* Carcinoma in situ of breast</p> <p>D48.6 Phyllodes tumor</p> <p>ICD9 : 85.21 Wide excision breast mass</p>	
	29.	Simple mastectomy	<p>ICD10 :</p> <p>C50* Malignant neoplasm of breast</p> <p>D05* Carcinoma in situ of breast</p> <p>D24 Benign neoplasm of breast</p> <p>N601 DIFFUSE CYSTIC MASTOPATHY</p> <p>N603 FIBROSCLEROSIS OF BREAST</p> <p>N62 HYPERTROPHY OF BREAST</p> <p>Q831 ACCESSORY BREAST</p> <p>ICD9 :</p> <p>85.41 simple mastectomy</p>	
	30	Breast conservative	<p>ICD10 :</p> <p>C50* Malignant neoplasm of breast</p> <p>D05* Carcinoma in situ of breast</p> <p>ICD9 :</p> <p>85.21 Breast surgery conservative surgery</p> <p>85.22 Resection of quadrant of breast</p> <p>85.23 Subtotal mastectomy</p>	
	31	Tongue tie release	<p>ICD10 :</p> <p>Q381 ANKYLOGLOSSIA</p> <p>ICD9 :</p> <p>25.91 Tongue tie release</p> <p>25.92 Lingual frenectomy</p> <p>27.91 Labial frenectomy</p>	

<p>คำนิยาม</p>	<p>การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อทำการรักษาโรคและอาการเจ็บป่วยโดยบาดแผลที่เกิดจากการผ่าตัดนั้นมีขนาดเล็ก (อาจมี มากกว่า 1 แผล) แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะใช้อุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นท่อสอดเข้าไปใน ร่างกายเพื่อทำการผ่าตัด โดยใช้ภาพมุมมองจากกล้องวีดิทัศน์ที่ติดไว้กับอุปกรณ์ผ่าน จอภาพ เมื่อทำการผ่าตัดเสร็จแล้วจึงทำการเย็บปิดรอยแผลที่เกิดขึ้น ตามรายการ หัตถการแนบท้ายการรักษาการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้</p>						
<p>ประชากร กลุ่มเป้าหมาย</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="418 586 571 622">กรณี</th> <th data-bbox="571 586 802 622">กลุ่ม DRGs</th> <th data-bbox="802 586 1441 622">รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัส หัตถการ (ICD-9-CM 2010)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="418 622 571 1382">โรคนิ่วใน ถุงน้ำดี และหรือถุง น้ำดี อักเสบ</td> <td data-bbox="571 622 802 1382">07090 Laparoscopic cholecystecto my w closed CDE, no CC 07100 Laparoscopic cholecystecto my, no CC</td> <td data-bbox="802 622 1441 1382">ICD10 : K80K8Cholelithiasis K80.0 Calculus of gallbladder with acute cholecy K80.1 Calculus of gallbladder with other cholecy K80.2 Calculus of gallbladder without cholecystit K80.3 Calculus of bile duct with cholangitis K80.4 K80.4 Calculus of bile duct with cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis K80.8 Other cholelithiasis K81 Cholecystitis K81.0 Acute cholecystitis K81.1 Chronic cholecystitis K81.8 Other cholecystitis K81.9 Cholecystitis, unspecified</td> </tr> </tbody> </table>	กรณี	กลุ่ม DRGs	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัส หัตถการ (ICD-9-CM 2010)	โรคนิ่วใน ถุงน้ำดี และหรือถุง น้ำดี อักเสบ	07090 Laparoscopic cholecystecto my w closed CDE, no CC 07100 Laparoscopic cholecystecto my, no CC	ICD10 : K80K8Cholelithiasis K80.0 Calculus of gallbladder with acute cholecy K80.1 Calculus of gallbladder with other cholecy K80.2 Calculus of gallbladder without cholecystit K80.3 Calculus of bile duct with cholangitis K80.4 K80.4 Calculus of bile duct with cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis K80.8 Other cholelithiasis K81 Cholecystitis K81.0 Acute cholecystitis K81.1 Chronic cholecystitis K81.8 Other cholecystitis K81.9 Cholecystitis, unspecified
กรณี	กลุ่ม DRGs	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัส หัตถการ (ICD-9-CM 2010)					
โรคนิ่วใน ถุงน้ำดี และหรือถุง น้ำดี อักเสบ	07090 Laparoscopic cholecystecto my w closed CDE, no CC 07100 Laparoscopic cholecystecto my, no CC	ICD10 : K80K8Cholelithiasis K80.0 Calculus of gallbladder with acute cholecy K80.1 Calculus of gallbladder with other cholecy K80.2 Calculus of gallbladder without cholecystit K80.3 Calculus of bile duct with cholangitis K80.4 K80.4 Calculus of bile duct with cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis K80.8 Other cholelithiasis K81 Cholecystitis K81.0 Acute cholecystitis K81.1 Chronic cholecystitis K81.8 Other cholecystitis K81.9 Cholecystitis, unspecified					
	<p>ปฏิบัติการการเกิดภาวะแทรกซ้อน หมายถึง</p> <p><u>กรณีที่ 1</u> เกิดการบาดเจ็บ CBD injury หรือเกิด massive bleeding ซึ่งต้องให้เลือด 2 ยูนิต ขึ้นไประหว่างผ่าตัดหรือ hollow viscus organ injury < ร้อยละ 1</p> <p><u>กรณีที่ 2</u> Re-admit ภายใน 1 เดือน (ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscusorgan injury หรือ surgical site infection: SSI) < ร้อยละ 5</p> <p>1.ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery 2.ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) หมายเหตุ:ข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไปหรือโรงพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนผ่านการประเมิน MIS จากกรมการแพทย์</p>						

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS ผ่านระบบ One Day Surgery System ผ่านระบบ One Day Surgery Registry 2.หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ผ่านระบบ Minimally Invasive Surgery Registry												
แหล่งข้อมูล	1.ข้อมูลจากโรงพยาบาลบึงกาฬ Health Data Center (One Day Surgery System)ระบบ One Day Surgery Registry A = จำนวนผู้ป่วยในโรคที่ให้บริการและได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery สูงสุด B= จำนวนผู้ป่วยในโรคนั้นที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 2. ระบบ Minimally Invasive Surgery Registry A1 = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) และเกิดภาวะแทรกซ้อน B1 = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ทั้งหมด A2 = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) และเกิดภาวะแทรกซ้อน Re-admit ภายใน 1 เดือน B2 = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ทั้งหมด												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)X100 *หมายเหตุการคำนวณต่างจากปีที่ผ่านมา ยกตัวอย่างเช่น Hernia เป็นหัตถการที่ผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด ดังนั้น สูตรการคำนวณคือ $A = \text{ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery} \times 100$ $B = \text{ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด}$ $(A1/B1) \times 100$ $(A2/B2) \times 100$												
	เกณฑ์เป้าหมาย:ระดับจังหวัด ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery \geq ร้อยละ 20 <table border="1" data-bbox="411 1496 1428 1594"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 2564</th> <th>ปีงบประมาณ 2565</th> <th>ปีงบประมาณ 2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\geqร้อยละ 20</td> <td>\geqร้อยละ 30</td> <td>\geqร้อยละ 40</td> </tr> </tbody> </table> ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) <u>กรณีที่ 1</u> เกิดการบาดเจ็บ CBD injury หรือเกิด massive bleeding ซึ่งต้องให้เลือด 2 ยูนิตขึ้นไประหว่างผ่าตัดหรือ hollow viscus organ injury < ร้อยละ 1 <u>กรณีที่ 2</u> Re-admit ภายใน 1 เดือน (ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ surgical site infection: SSI) < ร้อยละ 5 <table border="1" data-bbox="411 1930 1407 2033"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 2564</th> <th>ปีงบประมาณ 2565</th> <th>ปีงบประมาณ 2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< ร้อยละ 1</td> <td>< ร้อยละ 1</td> <td>< ร้อยละ 1</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	\geq ร้อยละ 20	\geq ร้อยละ 30	\geq ร้อยละ 40	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	< ร้อยละ 1	< ร้อยละ 1	< ร้อยละ 1
ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566											
\geq ร้อยละ 20	\geq ร้อยละ 30	\geq ร้อยละ 40											
ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566											
< ร้อยละ 1	< ร้อยละ 1	< ร้อยละ 1											

< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5
------------	------------	------------

เกณฑ์เป้าหมาย:ระดับอำเภอ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินและเข้าร่วมโครงการการผ่าตัดแบบ One Day Surgery และ

(Minimally Invasive Surgery : MIS) คือ โรงพยาบาลบึงกาฬ และโรงพยาบาลเซกา

1. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery \geq ร้อยละ 20
2. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

กรณีที่ 1 เกิดการบาดเจ็บ CBD injury หรือเกิด massive bleeding ซึ่งต้องให้เลือด 2 ยูนิตขึ้นไประหว่างผ่าตัดหรือ hollow viscus organ injury < ร้อยละ 1

กรณีที่ 2 Re-admit ภายใน 1 เดือน (ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ surgical site infection: SSI) < ร้อยละ 5

ระดับคะแนน ครั้งที่ 1 รอบ 6 เดือน ของกลุ่มที่ 1				
ระดับคะแนน 1	ระดับคะแนน 2	ระดับคะแนน 3	ระดับคะแนน 4	ระดับคะแนน 5
ร้อยละ 1	\geq ร้อยละ 5	\geq ร้อยละ 10	\geq ร้อยละ 12	\geq ร้อยละ 15
< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 4	< ร้อยละ 3	< ร้อยละ 2	< ร้อยละ 1
< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 7	< ร้อยละ 6	< ร้อยละ 5

ระดับคะแนน ครั้งที่ 2 รอบ 12 เดือน ของกลุ่มที่ 1				
ระดับคะแนน 1	ระดับคะแนน 2	ระดับคะแนน 3	ระดับคะแนน 4	ระดับคะแนน 5
ร้อยละ 1	\geq ร้อยละ 5	\geq ร้อยละ 10	\geq ร้อยละ 15	\geq ร้อยละ 20
< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 4	< ร้อยละ 3	< ร้อยละ 2	< ร้อยละ 1
< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 7	< ร้อยละ 6	< ร้อยละ 5

กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลโซ่พิสัย/โรงพยาบาลปากคาด/โรงพยาบาลศรีวิไล/โรงพยาบาลบุ่งคล้า/โรงพยาบาลพรเจริญ/โรงพยาบาลบึงโขงหลง มีการดำเนินงาน 5 คะแนน โดยมีรายละเอียดการให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน ครั้งที่ 1 รอบ 6 เดือน และ ครั้งที่ 2 รอบ 12 เดือน ของกลุ่มที่ 2

ระดับคะแนน 1	ระดับคะแนน 2	ระดับคะแนน 3	ระดับคะแนน 4	ระดับคะแนน 5
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5
หัวข้อประเมิน ขั้นตอนดังนี้ (คะแนน)				

<p style="text-align: center;">หน่วยงาน จัดเก็บข้อมูล</p>	<p><u>ขั้นตอนที่ 1</u> มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ/มีการแต่งตั้งคำสั่งคณะกรรมการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบ One Day Surgery และการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก(Minimally Invasive Surgery : MIS) เป็นลายลักษณ์อักษร (1 คณะแนบ)</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 2</u> ดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1 มีทะเบียนผู้ป่วยผ่าตัดแบบ One Day Surgery และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ที่ได้รับการผ่าตัดแล้วส่งกลับไปยังพื้นที่ (1 คณะแนบ)</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 3</u> ดำเนินงานขั้นตอนที่ 1-2 มีทะเบียน/แผนในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดแบบ One Day Surgery และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก(Minimally Invasive Surgery : MIS) ที่ส่งกลับมาดูแลต่อเองที่บ้าน (1 คณะแนบ)</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 4</u> ดำเนินงานขั้นตอนที่ 1-3 มีการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบ One Day Surgery และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก(Minimally Invasive Surgery : MIS) ในพื้นที่ (1 คณะแนบ)</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 5</u> ดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1-4 มีสื่อประชาสัมพันธ์ในพื้นที่พร้อมทั้งแนะนำการดูแลแผลผ่าตัดผู้ป่วยในการผ่าตัดแบบ One Day Surgery มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการผ่าตัดแบบ One Day Surgery และได้รับการผ่าตัดผ่าตัดแบบ One Day Surgery และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ร้อยละ 10 (1 คณะแนบ)</p> <p style="text-align: center;">คะแนนที่ได้ คะแนน (เต็ม 5 คะแนน)</p>
<p style="text-align: center;">วิธีการ ประเมินผล</p>	<p>วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS) และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก(Minimally Invasive Surgery : MIS)</p> <p>ผลงานรอบ 6 เดือน (ต.ค.63-มี.ค.64) ≥ร้อยละ 10 / < ร้อยละ 1/ < ร้อยละ 5</p> <p>ผลงานรอบ 9 เดือน (ต.ค.63-ก.ค.64) ≥ร้อยละ 15 / < ร้อยละ 1/ < ร้อยละ 5</p> <p>ผลงานรอบ 12 เดือน (ต.ค.63-ก.ย.64) ≥ร้อยละ 20 / < ร้อยละ 1/ < ร้อยละ 5</p>
<p style="text-align: center;">ผู้ประสานงาน</p>	<p>นายก้อนคำ พลวงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>นางมณฑิรา เจนการ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p> <p>เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 4249 2046 ต่อ 107</p> <p>เบอร์โทรศัพท์มือถือ 09 4581 3329 E-mail : tukbk@hotmail.com</p>
<p style="text-align: center;">การนำข้อมูลไป ใช้ประโยชน์</p>	<p>วิเคราะห์ผลการดำเนินงานเพื่อนำไปปรับแผนการดำเนินงานในปีต่อไป</p>

โรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ
โรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 7 แห่ง ในจังหวัดบึงกาฬ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3
ยุทธศาสตร์ที่	2. บริการสุขภาพเป็นเลิศ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ (เชิงปริมาณ)
น้ำหนัก	3
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ รพท. / รพช. ผ่านการรับรองมาตรฐานที่กำหนด หมายถึง โรงพยาบาล(รพท.รพช.) ที่พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด และได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด</p> <p>HA : Hospital Accreditation หมายถึง การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาล อย่างเป็นระบบและพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มีการ ประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) แบ่งกระบวนการรับรองเป็น 3 ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง ● HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย /กระบวนการ /พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย /ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HAได้ตามเกณฑ์ชั้นที่ 2 ● HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้ /ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง ในจังหวัดบึงกาฬ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดทำเอกสารการประเมินตนเอง รวบรวมตัวชี้วัดการพัฒนาคูณภาพทั้ง 6 หมวด รวบรวมเอกสารกิจกรรมเอกสารการทบทวน / การพัฒนาคูณภาพบริการ/การบริหารความเสี่ยง จากการผ่านประเมินโรงพยาบาลคุณภาพ HA จาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ(องค์การมหาชน)
แหล่งข้อมูล	เอกสารการประเมินตนเองที่ได้ดำเนินการในช่วงระยะเวลาที่ใบประกาศรับรองจาก สรพ. หรือข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ(องค์การมหาชน) www.ha.or.th/สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัดบึงกาฬที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit

	<p>B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งหมดในจังหวัดบึงกาฬ</p> <p>C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบึงกาฬรับรองชั้น 3 + Reaccredit</p> <p>D = โรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดในจังหวัดบึงกาฬ</p> <p>1. $(A/B) \times 100$</p> <p>2. $(C/D) \times 100$</p>						
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>วิธีการประเมินผล</p>	<p>เป้าหมายระดับจังหวัด</p> <p>๑. โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดบึงกาฬผ่าน HA ร้อยละ 100</p> <p>๒. โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบึงกาฬ ผ่าน HA ร้อยละ 90</p> <p>เป้าหมายระดับอำเภอ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● โรงพยาบาลผ่านเป้าหมายการดำเนินงาน 5 คะแนน โดยมีรายละเอียดการให้คะแนนดังนี้ <table border="1" data-bbox="608 730 1501 1928"> <thead> <tr> <th data-bbox="608 730 1501 801" style="text-align: center;">หัวข้อประเมิน (คะแนน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="608 801 1501 1115"> <p>1. โรงพยาบาลผ่านการประเมินหรือรักษาสภาพการผ่านการประเมิน</p> <p>โรงพยาบาลคุณภาพ HA (1 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ชั้น 3 (1 คะแนน) ● ชั้น 2 (0.7 คะแนน) ● ชั้น 1 (0.5 คะแนน) ● ไม่มีการดำเนินงาน (0 คะแนน) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 1115 1501 1272"> <p>2. มี CQI, ระบบงาน, กระบวนการดูแลผู้ป่วย อย่างน้อย 6 เรื่อง (1 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● รอบที่ 1 จำนวนอย่างน้อย 6 เรื่อง (อาจจะอยู่ในกระบวนการ) ● รอบที่ 2 จำนวนอย่างน้อย 6 เรื่องและมีผลลัพธ์ชัดเจน </td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 1272 1501 1473"> <p>3. มีงานวิจัยจากงานประจำอย่างน้อย 1 เรื่อง (1 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ร่วมนำเสนอเวทีระดับจังหวัดขึ้นไป (1 คะแนน) ● ร่วมนำเสนอเวทีระดับอำเภอ (0.7 คะแนน) ● ร่วมนำเสนอเวทีระดับโรงพยาบาล (0.5 คะแนน) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 1473 1501 1928"> <p>4. มี Clinical tracer จำนวนอย่างน้อย 15 เรื่อง (1 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มากกว่าหรือเท่ากับ 15 เรื่อง (1 คะแนน) ● 10-14 เรื่อง (0.7 คะแนน) ● 5-10 เรื่อง (0.5 คะแนน) ● น้อยกว่า 10 เรื่อง (0 คะแนน) <p>5. โรงพยาบาลมีการเก็บตัวชี้วัดครบทั้ง 6 หมวด และมีการวิเคราะห์เป็นปัจจุบัน (1 คะแนน)</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 1928 1501 1991" style="text-align: center;"> <p>คะแนนที่ได้ คะแนน (เต็ม 5 คะแนน)</p> </td> </tr> </tbody> </table>	หัวข้อประเมิน (คะแนน)	<p>1. โรงพยาบาลผ่านการประเมินหรือรักษาสภาพการผ่านการประเมิน</p> <p>โรงพยาบาลคุณภาพ HA (1 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ชั้น 3 (1 คะแนน) ● ชั้น 2 (0.7 คะแนน) ● ชั้น 1 (0.5 คะแนน) ● ไม่มีการดำเนินงาน (0 คะแนน) 	<p>2. มี CQI, ระบบงาน, กระบวนการดูแลผู้ป่วย อย่างน้อย 6 เรื่อง (1 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● รอบที่ 1 จำนวนอย่างน้อย 6 เรื่อง (อาจจะอยู่ในกระบวนการ) ● รอบที่ 2 จำนวนอย่างน้อย 6 เรื่องและมีผลลัพธ์ชัดเจน 	<p>3. มีงานวิจัยจากงานประจำอย่างน้อย 1 เรื่อง (1 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ร่วมนำเสนอเวทีระดับจังหวัดขึ้นไป (1 คะแนน) ● ร่วมนำเสนอเวทีระดับอำเภอ (0.7 คะแนน) ● ร่วมนำเสนอเวทีระดับโรงพยาบาล (0.5 คะแนน) 	<p>4. มี Clinical tracer จำนวนอย่างน้อย 15 เรื่อง (1 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มากกว่าหรือเท่ากับ 15 เรื่อง (1 คะแนน) ● 10-14 เรื่อง (0.7 คะแนน) ● 5-10 เรื่อง (0.5 คะแนน) ● น้อยกว่า 10 เรื่อง (0 คะแนน) <p>5. โรงพยาบาลมีการเก็บตัวชี้วัดครบทั้ง 6 หมวด และมีการวิเคราะห์เป็นปัจจุบัน (1 คะแนน)</p>	<p>คะแนนที่ได้ คะแนน (เต็ม 5 คะแนน)</p>
หัวข้อประเมิน (คะแนน)							
<p>1. โรงพยาบาลผ่านการประเมินหรือรักษาสภาพการผ่านการประเมิน</p> <p>โรงพยาบาลคุณภาพ HA (1 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ชั้น 3 (1 คะแนน) ● ชั้น 2 (0.7 คะแนน) ● ชั้น 1 (0.5 คะแนน) ● ไม่มีการดำเนินงาน (0 คะแนน) 							
<p>2. มี CQI, ระบบงาน, กระบวนการดูแลผู้ป่วย อย่างน้อย 6 เรื่อง (1 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● รอบที่ 1 จำนวนอย่างน้อย 6 เรื่อง (อาจจะอยู่ในกระบวนการ) ● รอบที่ 2 จำนวนอย่างน้อย 6 เรื่องและมีผลลัพธ์ชัดเจน 							
<p>3. มีงานวิจัยจากงานประจำอย่างน้อย 1 เรื่อง (1 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ร่วมนำเสนอเวทีระดับจังหวัดขึ้นไป (1 คะแนน) ● ร่วมนำเสนอเวทีระดับอำเภอ (0.7 คะแนน) ● ร่วมนำเสนอเวทีระดับโรงพยาบาล (0.5 คะแนน) 							
<p>4. มี Clinical tracer จำนวนอย่างน้อย 15 เรื่อง (1 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มากกว่าหรือเท่ากับ 15 เรื่อง (1 คะแนน) ● 10-14 เรื่อง (0.7 คะแนน) ● 5-10 เรื่อง (0.5 คะแนน) ● น้อยกว่า 10 เรื่อง (0 คะแนน) <p>5. โรงพยาบาลมีการเก็บตัวชี้วัดครบทั้ง 6 หมวด และมีการวิเคราะห์เป็นปัจจุบัน (1 คะแนน)</p>							
<p>คะแนนที่ได้ คะแนน (เต็ม 5 คะแนน)</p>							
<p>เกณฑ์การให้คะแนน</p>	<p>เป้าหมาย 5 คะแนน ทั้ง 2 รอบประเมิน</p>						

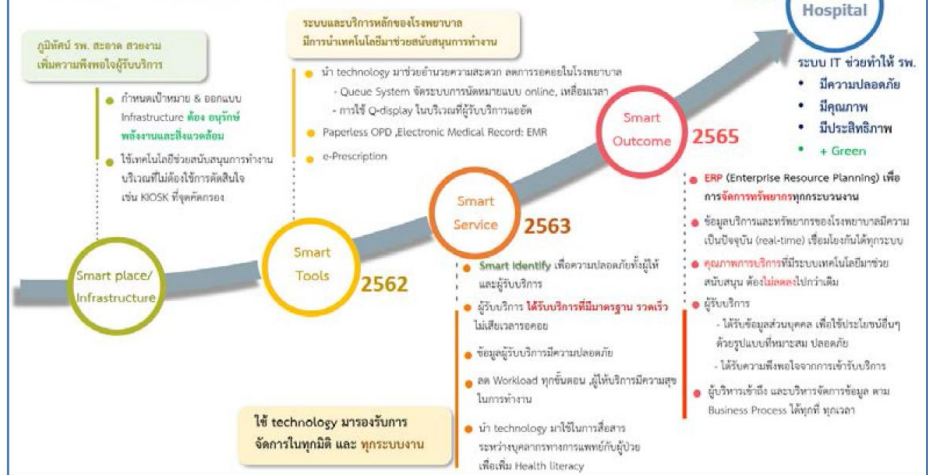
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>6 เดือนแรก (ต.ค.63 – มี.ค.64)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลผ่านเป้าหมายการดำเนินงาน 5 คะแนน 2. โรงพยาบาล ที่เตรียมความพร้อมรับ Re – Accreditation เพื่อขอต่ออายุ ได้แก่ โรงพยาบาลศรีวิไล (R2) โรงพยาบาลพรเจริญ (R3) โรงพยาบาลโซ่พิสัย(R2) และโรงพยาบาลบุงคล้า(Re-ac) ได้รับการประเมิน Re – Accreditation เพื่อขอต่ออายุ ร้อยละ 100 <p>12 เดือน (1 ต.ค. 63 – ก.ย.64)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลผ่านเป้าหมายการดำเนินงาน 5 คะแนน 2. โรงพยาบาลในกลุ่มเป้าหมายได้รับการเยี่ยมสำรวจผ่านการรับรองการประเมิน Re – Accreditation เพื่อขอต่ออายุ ร้อยละ 100
<p>หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ(องค์การมหาชน) www.ha.or.th/สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง</p>
<p>วิธีการรายงาน /ความถี่</p>	<p>จากการนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน 3 เดือน/ครั้ง</p>
<p>ผู้ประสานงาน</p>	<p>นายก้อนคำ พลวงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางมณฑิรา เจนการ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 4249 2046 ต่อ 107 เบอร์โทรศัพท์มือถือ 09 4581 3329 E-mail : tukbk@hotmail.com</p>
<p>การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์</p>	<p>วิเคราะห์ผลการดำเนินงานเพื่อนำไปปรับแผนการดำเนินงานในปีต่อไป</p>

ตัวชี้วัดที่	36. จำนวนองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพมาตรฐาน
ยุทธศาสตร์ที่	3.บุคลากรเก่งดี มีความสุข
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	3
คำนิยาม	<p>องค์กรแห่งความสุข หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. มีการดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข</p> <p>การสร้างสุขในองค์กร หมายถึง การดำเนินงานภายในองค์กรมุ่งเน้นการสร้างเสริมบุคลากรให้มีทั้งสุขภาพที่ดีและมีความสุขในการทำงาน โดยอาศัยหลักการ 3 ประการ คือ 1 คนทำงานมีความสุข (Happy People การจัดสมดุลชีวิตในการทำงานได้อย่างมืออาชีพ มีศีลธรรมอันดีงาม และเอื้ออาทรต่อตนเองและผู้อื่น 2 ที่ทำงานน่าอยู่ (Happy Workplace ที่ทำงานมีความปลอดภัย ดูแลความสุขในการทำงานของบุคลากรให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการอยู่ร่วมกัน และมีการพัฒนาร่วมกัน และ3 การทำงานเป็นทีม (Happy Teamwork)</p> <p>เกณฑ์การประเมินมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข มีทั้งหมด 5 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 ความสำเร็จเชิงผลลัพธ์ (องค์กรมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของสังคม และความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมวดที่ 2 การบริหาร (ระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนการทำงาน การจัดสวัสดิการบุคลากร การให้รางวัลยกย่องบุคลากร ความก้าวหน้าในอาชีพ และการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร หมวดที่ 3 มุ่งเน้นดูแลสุขภาพกาย-ใจของบุคลากร (การดูแลสุขภาพของครอบครัว การจัดการทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ การประเมินสุขภาพของบุคลากร ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จัดการความเครียด ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย ส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร และการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน หมวดที่ 4 บรรยากาศในการทำงาน (ผู้นำสูงสุดมีแนวทางการสร้างสุขอย่างต่อเนื่อง เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร บรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความสุข สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีและความปลอดภัยในการทำงาน หมวดที่ 5 การลงทุนเพื่อการสร้างสุขในองค์กร (การกำกับดูแลนโยบายองค์กรสร้างสุข การสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร การเรียนรู้ในองค์กร สนับสนุนทรัพยากร การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างสุข และ กระบวนการประเมินองค์กรสร้างสุข</p>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	จำนวน	2560	2561	2562
	-	จำนวน	-	-	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สสจ./ รพท./ รพช./ สสอ. (รวม รพ.สต.)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยงานจัดส่งผลการดำเนินงานเสนอให้คณะกรรมการบริหารองค์กรแห่งความสุข พิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน				
แหล่งข้อมูล	เว็บบกยยุทธศาสตร์และแผนงาน เมนู People Excellence				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A - ×100 B				
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	แต่งตั้งคณะกรรมการ/ คณะทำงาน	1. พัฒนาทีมพี่เลี้ยง (MOPH Happy Coaching Team) 2. ทดลองใช้แอปพลิเคชันสร้างสุข	แลกเปลี่ยนเรียนรู้ องค์กรแห่งความสุข พร้อมทั้งให้กำลังใจ แก่พื้นที่	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน รพช./สสอ. ร้อยละ 15	
ปี 2566:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน รพช./สสอ. ร้อยละ 20	
ปี 2566					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน รพช./สสอ. ร้อยละ 25	
วิธีการประเมินผล :	เอกสารผลการพิจารณาผลการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน จากคณะกรรมการบริหารองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization Board) ระดับอำเภอ ที่จัดส่งมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Sujitra13579@gmail.com				
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายอำนาจ สุวรรณไตร ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางสาวสุจิตรา เทียมตามา ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล โทร. 042-492-046 ต่อ 122 E-mail : Sujitra13579@gmail.com				

ตัวชี้วัดที่	37.ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital (รพท./รพช.)
ยุทธศาสตร์ที่	4.พัฒนาการบริหารจัดการ
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
น้ำหนัก	3
คำนิยาม	<p>1) Smart Place/Infrastructure โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ</p> <p>2) Smart Tools โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่าง ๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์</p> <p>3) Smart Services โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และพระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น</p> <p>4) Smart Outcome โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกันได้อย่างอัตโนมัติ โดยนำระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) มาใช้ โดยเฉพาะระบบหลักของโรงพยาบาล (Core Business Process) เพื่อให้มีระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อการบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินการบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง ป้องกันปัญหาการขาดแคลนและความไม่สมดุลด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรในระบบบริการ มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการ จัดการระยะเวลารอคอยได้อย่างเหมาะสม</p> <p>5) Smart Hospital โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการจัดการ มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสามารถเปรียบเทียบ (Benchmarking) กับหน่วยงานอื่นได้ มีการจัดการและป้องกันความเสี่ยง (Proactive Risk Management) ที่ดีในทุกมิติ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพดีในทุกมิติ และมีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน</p>

Smart Hospital of MoPH



เกณฑ์การประเมิน

On Digital Process	
Smart Hospital	5.4 Safety : มี Proactive Risk Management ที่ดีในทุกมิติ 5.3 Quality : มีการให้บริการอย่างมีคุณภาพในทุกมิติ 5.2 Efficiency : มีประสิทธิภาพในการจัดการ มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ที่สามารถเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นได้ 5.1 Green : มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน
Smart Outcome	4.4 Outcome : มีระยะเวลาออกคอยที่เหมาะสม มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม 4.3 Output : มีข้อมูล Unit Cost ในแต่ละแผนก 4.2 BPM : มีระบบ ERP ที่เชื่อมโยงทุก Core Business Process แบบอัตโนมัติ 4.1 BPM : มีการบริหารจัดการ Core Business Process
Smart Services	3.6 BPM : มีระบบ e-payment 3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเห็นหน้า หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม 3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลาออกคอยรับบริการ ตั้งแต่เริ่มต้นเข้ารับบริการจนถึงการรับบริการ อย่างน้อย 1 จุดบริการ 3.3 BPM : มีระบบสั่งการรักษาทงาอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ให้การรักษา (CPOE : Computerize Physician Order Entry) 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) 3.1 BPM : ใช้ Smart Health ID แทนการเรียกเก็บสำเนาบัตรประชาชน
Smart Tools	2.3 Devices : มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ 2.2 Queue : มีช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการผ่านทางระบบ online อย่างน้อย 1 ช่องทาง 2.1 Queue : มีหน้าจอแสดงลำดับคิว หน้าห้องพบแพทย์ อย่างน้อย 1 จุด เพื่อลดความแออัดบริเวณหน้าห้องพบแพทย์
Smart Place	1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

*** BPM : Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ ***

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 กำหนดความสำเร็จของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital มีการดำเนินงาน ดังนี้

1) Smart Place

1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

2) Smart Tools

2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ

2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์

2.3 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ

	<p>3) Smart Services</p> <p>3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ</p> <p>3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)</p> <p>3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)</p> <p>3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD</p> <p>3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม</p> <p>3.6 BPM : มีระบบ e-payment</p> <p>4) Smart Outcome</p> <p>4.1 BPM : มีการบริหารจัดการ Core Business Process</p> <p>4.2 BPM : มีระบบ ERP ที่เชื่อมโยงทุก Core Business Process แบบอัตโนมัติ</p> <p>4.3 Output : มีข้อมูล Unit Cost ในแต่ละแผนก</p> <p>4.4 Outcome : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยที่เหมาะสม,มีการบริหารจัดการ Unit Cost ที่เหมาะสม</p> <p><i>** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนการงานที่มีประสิทธิภาพ</i></p>
ผลงานย้อนหลัง	โรงพยาบาล ปี 2563 ระดับ S,M ผ่าน ร้อยละ 50 ระดับ F ผ่านร้อยละ 66.67
เกณฑ์เป้าหมาย	1.1 โรงพยาบาล ระดับ S, M2 , ผ่าน Smart Place ที่ 1 ข้อ , Smart Tool ที่ 2 ใน 3 ข้อ, Smart Service ผ่าน 4 จาก 6 ข้อ รวมที่ระดับร้อยละ 80 1.2 โรงพยาบาล ระดับ F2, F3 ผ่าน Smart Place ที่ 1 ข้อ , Smart Tool ที่ 2 ใน 3 ข้อ, Smart Service ผ่าน 4 จาก 6 ข้อ รวมที่ระดับร้อยละ 50
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระดับ S รพ.บึงกาฬ ระดับ M2 รพ.เซกา ระดับ F2 รพ.พรเจริญ , โข่งพิสัย , ศรีวิไล , ปากคาด .บึงโขงหลง ระดับ F3 รพ.บุ่งคล้า
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมผลการประเมินของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลตามรอบการประเมิน 4 ครั้ง/ปี
แหล่งข้อมูล	1. แบบสรุปผลงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ 2. แบบสรุปประเมินผลงานของทีมประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข สสจ.บึงกาฬ
รายการข้อมูล1	A1: จำนวนข้อที่ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ของแต่ละโรงพยาบาล
รายการข้อมูล2	B1: จำนวนข้อทั้งหมดของเกณฑ์ Smart Hospital ทั้ง 10 ข้อ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	โรงพยาบาล = $\frac{A1}{B1} \times 100$,			
ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณ 2564			
เกณฑ์เป้าหมาย : จังหวัดประเมินโรงพยาบาล				
Smart P,T,S	รอบ 3 เดือนร้อยละ	รอบ 6 เดือนร้อยละ	รอบ 9 เดือนร้อยละ	รอบ 12 เดือนร้อยละ
ระดับ S ,M2	ชี้แจงแนวทาง	60	80	100
ระดับ F2 ,F3	ชี้แจงแนวทาง	60	80	100
เกณฑ์การประเมิน :				
รายการประเมิน				
1.1 Smart Place				
1. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look				
1.2 Smart Tool (ผ่าน 2 ใน 3 ข้อไม่เรียงลำดับ)				
1. Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ				
2. Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์				
3. Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ				
1.3 Smart Service (ผ่าน 4 ใน 6 ข้อไม่เรียงลำดับ)				
1. BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออก โดยราชการ จากผู้รับบริการ				
2. BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)				
3. BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)				
4. BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการอย่างน้อย 1 จุดบริการ OPD				
5. BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลือมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม				
6. BPM : มีระบบ e-payment *				
วิธีการประเมินผล				
ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน			
0	ไม่มีการดำเนินงาน			
3	Smart place 1 ข้อ			
4	Smart place 1 ข้อ Smart Tool 2 ใน 3 ข้อไม่เรียงลำดับ			
5	Smart place 1 ข้อ Smart Tool 2 ใน 3 ข้อไม่เรียงลำดับ Smart Service 4 ใน 6 ข้อไม่เรียงลำดับ			
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	งานเทคโนโลยีสารสนเทศกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทร.042-492046 ต่อ 115			

วิธีการรายงาน/ความถี่	<p>การประเมินผลงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รอบ 3 เดือน สรุปรายงาน ณ วันที่ 10 มกราคม 2564 2. รอบ 6 เดือน สรุปรายงาน ณ วันที่ 10 มีนาคม 2564 3. รอบ 9 เดือน สรุปรายงาน ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2564 4. รอบ 12 เดือน สรุปรายงาน ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2564 <p>โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ตรวจสอบผลการดำเนินงานและจัดส่งรายงานผล ไปยัง กองบริหารการสาธารณสุข 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ตรวจสอบข้อมูลการใช้โปรแกรม Smart Health ID ในกระบวนการยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. คู่มือการติดตั้ง Smart Health ID 2. คู่มือการติดตั้งเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ 3. แนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital
	<p>นายเกียรติ สวดยสมรัมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 081-9656549, E-mail: IT4SSJBK@GMAIL.COM</p> <p>นายชยณัฐ สุระมาตย์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ มือถือ 081-8797793, E-mail: MR.chayanut9@GMAIL.COM</p> <p>นายดำรงศักดิ์ บุญพันธ์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทร. 042-492046 ต่อ 115 E-mail: ITSSJBK@GMAIL.COM</p> <p>นายสุริยงค์ สุระสาย นักวิชาการคอมพิวเตอร์ มือถือ086-4831730,E-mail: suriyong_cs115@hotmail.com</p> <p>LineID: HDC_SSJ.BK,BK_,Admin-ITBK</p>
การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้ในการประเมินผลการจัดระบบสารสนเทศทุกหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของจังหวัดและเขตบริการสุขภาพที่ 8 2. ใช้ในการวางแผนเพื่อพัฒนางานข้อมูลข่าวสารสารสนเทศของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬในปีต่อไป

ชื่อตัวชี้วัด	38.ระดับความสำเร็จของการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย DM/HT ผ่านระบบ Telemedicine on Cloud NCD ของ รพ.สต.นาร่อง				
ยุทธศาสตร์	4.พัฒนาการบริหารจัดการ (BK Governance)				
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงคุณภาพ				
น้ำหนัก	3				
คำนิยาม	<p>การจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย DM/HT ผ่านระบบ Telemedicine on Cloud NCD ของ รพ.สต.นาร่อง หมายถึง การจัดบริการดูแลผู้ป่วย DM/HT ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย DM/HT ในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ให้ได้รับการพบแพทย์ รับการรักษาและคำแนะนำให้การดูแลตนเอง เจ้าหน้าที่ รพ.สต.นาร่อง ได้ปรึกษารับคำแนะนำจากแพทย์ ทั้งนี้ การจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย DM/HT ผ่านระบบ Telemedicine ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประชุมชี้แจงนโยบายแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์/พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ 2. อำเภอกัดเลือก รพ.สต.นาร่อง (1 แห่ง) เช่น รพ.สต. ที่อยู่ห่างไกล และ/หรือ รพ.สต.ที่มีผู้ป่วย DM/HT แออัด 3. การเตรียมความพร้อมของระบบ ได้แก่ การเชื่อมโยงและเข้าถึงข้อมูล DM/HT จากฐานข้อมูล HosXP on Cloud อุปกรณ์เชื่อมต่อระบบ Conference System, Line Group) 4. อบรมผู้เกี่ยวข้องระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย DM/HT ผ่านระบบ Telemedicine on Cloud NCD 5. จัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย DM/HT ผ่านระบบ Telemedicine on Cloud NCD อย่างน้อยเดือนละครั้ง 6. กำกับ รายงาน ติดตาม ประเมินผลและดูแลระบบ 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ระดับความสำเร็จของการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย DM/HT ผ่านระบบ Telemedicine on Cloud NCD ของ รพ.สต.นาร่อง	ระดับคะแนนความสำเร็จ	NA	NA	NA
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาร่อง อำเภอละ 1 แห่ง				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จากการติดตามประเมินในพื้นที่ (site visit) 2 รอบ 2.การบันทึกรายงานในระบบโปรแกรมฐานข้อมูล HosXP โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3. เอกสารรายงานการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำ ร่อง		
แหล่งข้อมูล	1.จากการติดตามประเมินในพื้นที่ (site visit) 2 รอบ 2.โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บันทึกรายงาน ในระบบโปรแกรมฐานข้อมูล HosXP 3. เอกสารรายงานการประชุม และอบรมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง		
รายการข้อมูล 1	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำร่อง อำเภอละ 1 แห่ง (ผ่านเกณฑ์ ระดับความสำเร็จระดับ 5)		
รายการข้อมูล 2			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน		
เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ชี้แจงนโยบายแก่ผู้เกี่ยวข้อง (แพทย์./พว./นวก.อื่นๆ) 2. อำเภอเลือก รพ.สต.นำร่อง 1 แห่ง 3. เตรียมความพร้อมของ ระบบ (เชื่อมโยงข้อมูล , Conference System,Line Group)	1. พัฒนาการความพร้อมของ ระบบ (เชื่อมโยงข้อมูล , Conference System,Line Group) 2. อบรมผู้เกี่ยวข้องระดับ ปฏิบัติการ 3. ทดลองระบบและ จัดบริการ 4. กำกับ ติดตามและดูแล ระบบ	1. จัดบริการดูแลผู้ป่วย DM/HT ผ่านระบบ Telemedicine on Cloud NCD 2. กำกับ ติดตามและดูแล ระบบ	1. จัดบริการดูแลผู้ป่วย DM/HT ผ่านระบบ Telemedicine on Cloud NCD ต่อเนื่อง 2. กำกับ ติดตามและดูแล ระบบ
วิธีการประเมินผล :			
ระดับ คะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน		
1	1.ประชุมชี้แจงนโยบายแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์/พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ สาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ 2. คัดเลือก รพ.สต.นำร่อง (1 แห่ง) เช่น รพ.สต. ที่อยู่ห่างไกล หรือ รพ.สต.ที่มีผู้ป่วย DM/HT แอด		
2	ดำเนินการในขั้นที่ 1, 2 และ 3. เตรียมความพร้อมของระบบ ได้แก่ การเชื่อมโยงและเข้าถึงข้อมูล DM/HT จากฐานข้อมูล HosXP on Cloud อุปกรณ์เชื่อมต่อระบบ Conference System, Line Group)		
3	ดำเนินการในขั้นที่ 1, 2, 3 และ 4. อบรมผู้เกี่ยวข้องระดับปฏิบัติการและทดลองเชื่อมระบบ		
4	ดำเนินการในขั้นที่ 1, 2, 3, 4 และ 5.จัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย DM/HT ผ่านระบบ Telemedicine on Cloud NCD อย่างน้อย เดือนละครั้ง		

5	<p>ดำเนินการในชั้นที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ</p> <p>6. รายงานและประเมินผลการจัดบริการ ระบบดูแลผู้ป่วย DM/HT ผ่านระบบ Telemedicine on Cloud NCD</p>																				
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>กำหนดเป็น แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากคะแนนความสำเร็จที่ดำเนินการตามเกณฑ์ ดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับดังนี้</p> <p><u>รอบที่ 1</u> (ระดับที่ 5 ประเมินจากกำหนดระยะเวลา รอบ 6 เดือน)</p> <table border="1" data-bbox="571 595 1430 725"> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td></td> <td>3 คะแนน</td> <td></td> <td>5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ขั้นตอนที่ 1 และ 2</td> <td></td> <td>ขั้นตอนที่ 1,2 และ 3</td> <td></td> <td>ขั้นตอนที่ 4 และ 5</td> </tr> </table> <p><u>รอบที่ 2</u> (ระดับที่ 5 ประเมินจากกำหนดระยะเวลา รอบ 12 เดือน)</p> <table border="1" data-bbox="571 770 1430 902"> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4 คะแนน</td> <td>5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ขั้นตอนที่ 1และ 2</td> <td>ขั้นตอนที่ 1,2 และ 3</td> <td>ขั้นตอนที่ 1,2,3 และ 4</td> <td>ขั้นตอนที่ 1,2,3, 4 และ 5</td> <td>ขั้นตอนที่ 1,2,3, 4 และ 5</td> </tr> </table>	1 คะแนน		3 คะแนน		5 คะแนน	ขั้นตอนที่ 1 และ 2		ขั้นตอนที่ 1,2 และ 3		ขั้นตอนที่ 4 และ 5	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ขั้นตอนที่ 1และ 2	ขั้นตอนที่ 1,2 และ 3	ขั้นตอนที่ 1,2,3 และ 4	ขั้นตอนที่ 1,2,3, 4 และ 5	ขั้นตอนที่ 1,2,3, 4 และ 5
1 คะแนน		3 คะแนน		5 คะแนน																	
ขั้นตอนที่ 1 และ 2		ขั้นตอนที่ 1,2 และ 3		ขั้นตอนที่ 4 และ 5																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																	
ขั้นตอนที่ 1และ 2	ขั้นตอนที่ 1,2 และ 3	ขั้นตอนที่ 1,2,3 และ 4	ขั้นตอนที่ 1,2,3, 4 และ 5	ขั้นตอนที่ 1,2,3, 4 และ 5																	
<p>เอกสารสนับสนุน : :</p>	<p>1.คู่มือการใช้งานระบบ</p> <p>2. เอกสารรายงานการประชุม และอบรมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง</p>																				
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>นายประเสริฐ บินตะคุ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ</p> <p>นายเกียรติ สวยสมรัมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ 109 โทรศัพท์มือถือ : 086-2258231</p> <p>โทรสาร : 042-492001 E-mail : epi.pkph@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>																				

ตัวชี้วัดที่	39.ร้อยละของ อสม.ที่ลงทะเบียนในระบบ App NCD Follow Up ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90
ยุทธศาสตร์ที่	การบริหารจัดการ (BK Governance)
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>Application NCD Follow up หมายถึง Application ที่ใช้ในการกำกับ ติดตาม สถานการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้อยู่ในระดับปกติ คือ 70 -100 mg/dL. และสถานการณ์ควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติ คือ 120-129/80-84 mm./Hg ด้วยการใช้ โทรศัพท์มือถือ (Smart Phone) เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างตัวผู้ป่วย และ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) โดยให้ อสม.เป็นผู้ดูแลและ แนะนำให้ความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง โดยที่ อสม.จะต้องลงทะเบียนใน Application เพื่อจับคู่ให้ตรงกับ ข้อมูลของผู้ป่วยที่จะดูแลและควบคุมโดยแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับและจะควบคุมการ ใช้งานของ Application โดย Admin ในระดับสูงสุด</p> <p>อสม.(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) คือ อาสาสมัคร ที่ดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแล ติดตามการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูง ที่ยินยอมลงทะเบียนใช้ Application</p> <p>ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความ ดันโลหิตสูงที่ยินยอมใช้ Application NCD Follow up ในการดูแล ติดตาม กำกับ รักษาโรคด้วยการรับประธานการรักษาโรคเบาหวานให้อยู่เกณฑ์ คือ 70 -100 mg/dL. และโรคความดันโลหิตสูง ให้อยู่ในเกณฑ์ คือ 120-129/80-84 mm./Hg</p>
ผลงานย้อนหลัง	โรงพยาบาล ปี 2563 ไม่มี
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ทั้งจังหวัด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อสม.ที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ทั้งจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลจาก
แหล่งข้อมูล	1. แบบสรุปลงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ 2.แบบสรุปประเมินผลงานของทีมประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข สสจ.บึงกาฬ
รายการข้อมูล1	A1: จำนวน อสม.ที่ลงทะเบียนใช้ Application NCD Follow upทั้งจังหวัด
รายการข้อมูล2	B1: จำนวน อสม.ทั้งหมด ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูง ทั้งจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	โรงพยาบาล = $\frac{A1}{B1} \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	

เกณฑ์เป้าหมาย :

จังหวัดประเมินผลการลงทะเบียนของ อสม.ที่เข้าใช้ระบบ Application NCD Follow up

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เตรียมความพร้อม	ร้อยละ 50	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90

โดยแบ่งการประเมิน 2 รอบ ดังนี้

รอบที่ 1

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
40	50	60	70	80

รอบที่ 2

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
50	60	70	80	90

หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	งานเทคโนโลยีสารสนเทศกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทร.042-492046 ต่อ 115
วิธีการรายงาน/ความถี่	การประเมินผลงาน 1. รอบ 3 เดือน รายงานข้อมูลการเตรียมความพร้อม 2. รอบ 6 เดือน สรุปรายงาน ณ วันที่ 10 มีนาคม 2564 3. รอบ 9 เดือน สรุปรายงาน ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2564 4. รอบ 12 เดือน สรุปรายงาน ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2564 โดย งานเทคโนโลยีสารสนเทศ ตรวจสอบและรายงาน ผลการลงทะเบียนการใช้งาน Application NCD Follow up ของ อสม.
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการติดตั้งและใช้งาน Application NCD Follow up สำหรับ อสม.ที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2. คู่มือการติดตั้งและใช้งาน Application NCD Follow up สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายกิริติ สวยสมรัมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 081-9656549, E-mail: IT4SSJBK@GMAIL.COM นายชยณัฐ สุระมาตย์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ มือถือ 081-8797793, E-mail: MR.chayanut9@GMAIL.COM นายดำรงศักดิ์ บุญพันธ์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์, E-mail: ITSSJBK@GMAIL.COM โทร. 042-492046 ต่อ 115 นายสุริยงค์ สุระสาย นักวิชาการคอมพิวเตอร์ มือถือ 086-4831730, E-mail: suriyong_cs115@hotmail.com LineID: HDC_SSJ.BK,BK_Admin-ITBK
การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	1. ใช้ในการประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้มีความสะดวกรวดเร็วและเกิดผลเป็นรูปธรรมและเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการทั้งระบบ 2. ใช้ในการวางแผนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้วย Application ผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป

ตัวชี้วัดที่	40.ร้อยละของ ผู้ป่วย DM/HT ที่ยินยอมใช้ระบบ Application NCD Follow up ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
ยุทธศาสตร์ที่	4.พัฒนาการบริหารจัดการ (BK Governance)
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>Application NCD Follow up หมายถึง Application ที่ใช้ในการกำกับ ติดตาม สภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้อยู่ในระดับปกติ คือ 70 -100 mg/dL. และสภาวะการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติ คือ 120-129/80-84 mm./Hg ด้วยการใช้โทรศัพท์มือถือ (Smart Phone) เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างตัวผู้ป่วย และ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) โดยให้ อสม.เป็นผู้ดูแลและแนะนำให้ความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยที่ อสม.จะต้องลงทะเบียนใน Application เพื่อจับคู่ให้ตรงกับข้อมูลของผู้ป่วยที่จะดูแลและควบคุมโดยแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับและจะควบคุมการใช้งานของ Application โดย Admin ในระดับสูงสุด</p> <p>อสม.(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) คือ อาสาสมัคร ที่ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแล ติดตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ยินยอมลงทะเบียนใช้ Application</p> <p>ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ยินยอมใช้ Application NCD Follow up ในการดูแล ติดตาม กำกับ รักษาโรคด้วยการรับประทานยารักษาโรคเบาหวานให้อยู่เกณฑ์ คือ 70 -100 mg/dL. และโรคความดันโลหิตสูง ให้อยู่ในเกณฑ์ คือ 120-129/80-84 mm./Hg</p>
ผลงานย้อนหลัง	โรงพยาบาล ปี 2563 ไม่มี
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ของจังหวัด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่ยินยอมใช้ Application NCD Follow up ทั้งจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลจาก
แหล่งข้อมูล	1. แบบสรุปลงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ 2.แบบสรุปลงานของทีมนประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข สสจ.บึงกาฬ
รายการข้อมูล1	A1: จำนวน ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ยินยอมใช้ Application NCD Follow up
รายการข้อมูล2	B1: จำนวน ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	โรงพยาบาล = $\frac{A1}{B1} \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล				
เกณฑ์เป้าหมาย : จังหวัดประเมิน ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในการยินยอมใช้ Application NCD Follow up เกณฑ์การประเมิน :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
เตรียมความพร้อม	ร้อยละ 50	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	
โดยแบ่งการประเมิน 2 รอบ ดังนี้				
รอบที่ 1				
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
40	50	60	70	80
รอบที่ 2				
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
50	60	70	80	90
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	งานเทคโนโลยีสารสนเทศกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทร.042-492046 ต่อ 115			
วิธีการรายงาน/ความถี่	การประเมินผลงาน 1. รอบ 3 เดือน รายงานข้อมูลการเตรียมความพร้อม 2. รอบ 6 เดือน สรุปข้อมูล ณ วันที่ 10 มีนาคม 2564 3. รอบ 9 เดือน สรุปข้อมูล ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2564 4. รอบ 12 เดือน สรุปข้อมูล ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2564 โดย งานเทคโนโลยีสารสนเทศ ตรวจสอบและรายงาน ผลการลงทะเบียนการใช้งาน Application NCD Follow up ของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง			
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการติดตั้งและใช้งาน Application NCD Follow up สำหรับ อสม.ที่ดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2. คู่มือการติดตั้งและใช้งาน Application NCD Follow up สำหรับผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายกীরติ สวยสมรัมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 081-9656549, E-mail: IT4SSJBK@GMAIL.COM นายชยณัฐ สุวะมาตย์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ มือถือ 081-8797793, E-mail: MR.chayanut9@GMAIL.COM นายดำรงศักดิ์ บุญพันธ์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์, E-mail: ITSSJBK@GMAIL.COM โทร. 042-492046 ต่อ 115 นายสุริยงศ์ สุระสาย นักวิชาการคอมพิวเตอร์ มือถือ086-4831730,E-mail: suriyong_cs115@hotmail.com LineID: HDC_SSJ.BK,BK_Admin-ITBK			

<p>การนำข้อมูลไปใช้ ประโยชน์</p>	<ol style="list-style-type: none">1. ใช้ในการประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้มีความสะดวกรวดเร็วและเกิดผลเป็นรูปธรรมและเป็นประโยชน์ในการบริหาร จัดการทั้งระบบ2. ใช้ในการวางแผนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้วย Application ผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป
--------------------------------------	--

ตัวชี้วัดที่	41.ร้อยละของหน่วยงานการเข้าใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศระดับหมู่บ้าน(BK HIS) ทุกระดับอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง (ร้อยละ80)
ยุทธศาสตร์ที่	การบริหารจัดการ (BK Governance)
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	ระบบข้อมูลสารสนเทศระดับหมู่บ้าน(BKHIS) เป็นระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพจากหน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัด เพื่อนำข้อมูลคืนข้อมูลให้กับประชาชนได้ในระดับหมู่บ้าน เพื่อใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้านได้ถูกจุด
ผลงานย้อนหลัง	- ไม่มี
เกณฑ์เป้าหมาย	กลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ , โรงพยาบาลทุกแห่ง ,สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เข้าใช้ระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศระดับหมู่บ้านอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดบึงกาฬ ทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมจาก log file ของ server สสจ.บึงกาฬ
แหล่งข้อมูล	https://bkhdc.moph.go.th/bkhis
รายการข้อมูล1	A1: จำนวนครั้งที่ จนท.สธ.ทุกระดับ/นสค. เข้าใช้ระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศระดับหมู่บ้านตาม KPI จัดการสุขภาพใน 1 เดือน
รายการข้อมูล2	B1: จำนวนครั้งทั้งหมดในปีงบประมาณ 2564 ที่หน่วยงานแยกรายระดับที่เข้าใช้ระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศระดับหมู่บ้าน (12 เดือน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$= \frac{A1}{B1} \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ม.ค. 64 – ก.ย. 64

เกณฑ์เป้าหมาย :

จังหวัดประเมิน จำนวนครั้งที่หน่วยงานแยกรายระดับที่เข้าใช้ระบบข้อมูลข่าวสารสนเทศระดับหมู่บ้านในแต่ละเดือน

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เตรียมระบบ	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
หน่วยงานที่เข้าใช้ระบบข้อมูลข่าวสารสนเทศระดับหมู่บ้านอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ร้อยละ	40	50	60	70	80

หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	งานเทคโนโลยีสารสนเทศกลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทร.042-492046 ต่อ 115
------------------------------	--

วิธีการรายงาน/ความถี่	การประเมินผลงาน 1. รอบ 3 เดือน สรุบบข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2564 2. รอบ 6 เดือน สรุบบข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2564 3. รอบ 12 เดือน สรุบบข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2564 โดย 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ตรวจสอบผลการดำเนินงานการเข้าใช้ระบบข้อมูลข่าวสารสนเทศระดับหมู่บ้าน ทุกเดือน 2. รายงานผลการเข้าใช้ในที่ประชุม กวป.ทุกเดือน
------------------------------	--

เอกสารสนับสนุน :	ชี้แจงแนวทางการใช้งานในที่ประชุม กวป.
-------------------------	---------------------------------------

	นายกิริติ สวยสมเรียม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 081-9656549, E-mail: IT4SSJBK@GMAIL.COM นายชยณัฐ สุวะมาตย์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ มือถือ 081-8797793, E-mail: MR.chayanut9@GMAIL.COM นายดำรงศักดิ์ บุญพันธ์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์, E-mail: ITSSJBK@GMAIL.COM โทร. 042-492046 ต่อ 115 นายสุริยงค์ สุระสาย นักวิชาการคอมพิวเตอร์ มือถือ086-4831730,E-mail: suriyong_cs115@hotmail.com LineID: HDC_SSJ.BK,BK_Admin-ITBK
--	--

การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	1. ใช้ในการประเมินผลการจัดระบบสารสนเทศทุกหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของจังหวัดและเขตบริการสุขภาพที่ 8 2.ใช้ในการวางแผนเพื่อพัฒนางานข้อมูลข่าวสารสนเทศของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬในปีต่อไป
---------------------------------	---

KPI งานประจำ

ตัวชี้วัดที่	1. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 0- 5 ปี ในหน่วยบริการ ได้รับวัคซีนตามแผนงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคผ่านเกณฑ์ที่กำหนดในระดับอำเภอ																																																															
ยุทธศาสตร์ที่	1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence: PP&P excellence)																																																															
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดงานประจำ																																																															
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ																																																															
น้ำหนัก	2																																																															
คำนิยาม	<p>1. หน่วยบริการ คือ หน่วยงานของรัฐที่ให้บริการวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ทั้งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล เป็นต้น</p> <p>2. มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของหน่วยบริการ คือ มาตรฐานฯ ที่สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค จัดทำขึ้น ประกอบด้วย การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น การให้บริการวัคซีน และการบริหารจัดการข้อมูล</p>																																																															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน BCG</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>91.87</td> <td>92.22</td> <td>93.52</td> </tr> <tr> <td>2. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน HBV1</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>95.99</td> <td>93.66</td> <td>95.47</td> </tr> <tr> <td>3. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน DTP-HB-Hib3</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>88.22</td> <td>87.26</td> <td>85.52</td> </tr> <tr> <td>4. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน OPV3</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>87.97</td> <td>87.26</td> <td>88.35</td> </tr> <tr> <td>5. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน IPV</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>86.11</td> <td>87.34</td> <td>88.22</td> </tr> <tr> <td>6. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน MMR1</td> <td>ร้อยละ 95</td> <td>85.67</td> <td>84.21</td> <td>86.23</td> </tr> <tr> <td>7. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 2 ปีที่ได้รับวัคซีน DTP4</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>87.25</td> <td>82.72</td> <td>87.96</td> </tr> <tr> <td>8. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 2 ปีที่ได้รับวัคซีน OPV4</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>87</td> <td>82.69</td> <td>87.57</td> </tr> <tr> <td>9. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 2 ปีที่ได้รับวัคซีน JE1</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>84.70</td> <td>84.78</td> <td>86.83</td> </tr> <tr> <td>10. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 3 ปีที่ได้รับวัคซีน MMR2</td> <td>ร้อยละ 95</td> <td>86.63</td> <td>83.39</td> <td>88.50</td> </tr> <tr> <td>11. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 3 ปีที่ได้รับวัคซีน JE2</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>67.87</td> <td>72.88</td> <td>77.95</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	1. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน BCG	ร้อยละ 90	91.87	92.22	93.52	2. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน HBV1	ร้อยละ 90	95.99	93.66	95.47	3. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน DTP-HB-Hib3	ร้อยละ 90	88.22	87.26	85.52	4. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน OPV3	ร้อยละ 90	87.97	87.26	88.35	5. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน IPV	ร้อยละ 90	86.11	87.34	88.22	6. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน MMR1	ร้อยละ 95	85.67	84.21	86.23	7. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 2 ปีที่ได้รับวัคซีน DTP4	ร้อยละ 90	87.25	82.72	87.96	8. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 2 ปีที่ได้รับวัคซีน OPV4	ร้อยละ 90	87	82.69	87.57	9. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 2 ปีที่ได้รับวัคซีน JE1	ร้อยละ 90	84.70	84.78	86.83	10. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 3 ปีที่ได้รับวัคซีน MMR2	ร้อยละ 95	86.63	83.39	88.50	11. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 3 ปีที่ได้รับวัคซีน JE2	ร้อยละ 90	67.87	72.88	77.95
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																																												
		2561	2562	2563																																																												
1. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน BCG	ร้อยละ 90	91.87	92.22	93.52																																																												
2. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน HBV1	ร้อยละ 90	95.99	93.66	95.47																																																												
3. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน DTP-HB-Hib3	ร้อยละ 90	88.22	87.26	85.52																																																												
4. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน OPV3	ร้อยละ 90	87.97	87.26	88.35																																																												
5. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน IPV	ร้อยละ 90	86.11	87.34	88.22																																																												
6. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน MMR1	ร้อยละ 95	85.67	84.21	86.23																																																												
7. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 2 ปีที่ได้รับวัคซีน DTP4	ร้อยละ 90	87.25	82.72	87.96																																																												
8. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 2 ปีที่ได้รับวัคซีน OPV4	ร้อยละ 90	87	82.69	87.57																																																												
9. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 2 ปีที่ได้รับวัคซีน JE1	ร้อยละ 90	84.70	84.78	86.83																																																												
10. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 3 ปีที่ได้รับวัคซีน MMR2	ร้อยละ 95	86.63	83.39	88.50																																																												
11. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 3 ปีที่ได้รับวัคซีน JE2	ร้อยละ 90	67.87	72.88	77.95																																																												

	12.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 5 ปีที่ได้รับวัคซีน DTP5	ร้อยละ 90	85.25	83.33	89.17
	13.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 5 ปีที่ได้รับวัคซีน OPV5	ร้อยละ 90	85.23	83.25	88.53
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้เด็ก 0-5 ปี ได้รับวัคซีน ตามแผนงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 2. เพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายไม่ป่วยเป็นโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน 3. เพื่อให้บรรลุตามพันธะสัญญานานาชาติในการกวาดล้างโปลิโอและกำจัดหัด 4. เพื่อพัฒนาระบบบริการฐานข้อมูลงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ 0-5 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากเพิ่ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่มสถานบุคคล Type area = 1 และ 3)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลจากทะเบียนการให้วัคซีนของหน่วยบริการ 2. ข้อมูลการประเมินความครอบคลุมการให้บริการจากระบบฐานข้อมูล 43 เพิ่ม 				
แหล่งข้อมูล	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ (HDC)				
รายการข้อมูล 1	ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 0- 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน <ol style="list-style-type: none"> 1. A1 = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน BCG ในงวดรายงานนั้น 2. A2 = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน HB1 ในงวดรายงานนั้น 3. A3 = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP-HB3-Hib3 ในงวดรายงานนั้น 4. A4 = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV3 ในงวดรายงานนั้น 5. A5 = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน IPV ในงวดรายงานนั้น 6. A6 = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน MMR1 ในงวดรายงานนั้น 7. A7 = เด็กอายุครบ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP4 ในงวดรายงานนั้น 8. A8 = เด็กอายุครบ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV4 ในงวดรายงานนั้น 9. A9 = เด็กอายุครบ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน JE1 ในงวดรายงานนั้น 10. A10 = เด็กอายุครบ 3 ปี ที่ได้รับวัคซีน MMR2 ในงวดรายงานนั้น 11. A11 = เด็กอายุครบ 3 ปี ที่ได้รับวัคซีน JE2 ในงวดรายงานนั้น 12. A12 = เด็กอายุครบ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP5 ในงวดรายงานนั้น 13. A13 = เด็กอายุครบ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV5 ในงวดรายงานนั้น 				
รายการข้อมูล 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. B1 = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน 2. B2 = เด็กอายุครบ 2 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน 3. B3 = เด็กอายุครบ 3 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน 4. B4 = เด็กอายุครบ 5 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน 				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. BCG = (A1/B1)×100 2. HB1 = (A2/B1)×100 3. DTP-HB3-Hib3 = (A3/B1)×100 4. OPV3 = (A4/B1)×100 5. IPV = (A5/B1)×100 6. MMR1 = (A6/B1)×100 7. DTP4 = (A7/B2)×100 				

	<p>8. $OPV4 = (A8/B2) \times 100$</p> <p>9. $JE1 = (A9/B2) \times 100$</p> <p>10. $MMR2 = (A10/B3) \times 100$</p> <p>11. $JE2 = (A11/B3) \times 100$</p> <p>12. $DTP5 = (A11/B4) \times 100$</p> <p>13. $OPV5 = (A12/B4) \times 100$</p>										
<p>สูตรคำนวณ คะแนนตัวชี้วัด/ เกณฑ์การ ประเมิน</p>	<p>1. A1 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน BCG</p> <p>2. A2 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน HB1</p> <p>3. A3 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP-HB3-HIB</p> <p>4. A4 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV3</p> <p>5. A5 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน IPV</p> <p>6. A6 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน MMR1</p> <p>7. A7 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP4</p> <p>8. A8 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV4</p> <p>9. A9 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน JE1</p> <p>10. A10 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 3 ปี ที่ได้รับวัคซีน MMR2</p> <p>11. A11 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 3 ปี ที่ได้รับวัคซีน JE2</p> <p>12. A12 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP5</p> <p>13. A13 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV5</p> <p>การคำนวณ = $(A1+A2+A3+A4+A5+A6+A7+A8+A9+A10+A11+A12+A13) / 13$</p>										
<p>ระยะเวลา ประเมินผล</p>	<p>รายงวด (ไตรมาส)</p>										
<p>วิธีการ ประเมินผล :</p>	<p>แนวทางการให้คะแนนความครอบคลุมการให้วัคซีน เป็นดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 79</td> <td>80 - 84</td> <td>85 - 89</td> <td>90 - 94</td> <td>95 - 100</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	< 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 100
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5							
< 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 100							
<p>เอกสาร สนับสนุน :</p>	<p>1. หนังสือหลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค</p> <p>2. ตำราวัคซีนและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค</p> <p>3. งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ (HDC)</p>										
<p>ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางนันทิกานต์ สุระมาตย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1058 3796 e-mail : dc.bkpho@gmail.com หรือ Nuntikan_nurse@hotmail.com</p> <p>2. นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1263 6670 e-mail : korrer_bk@hotmail.com</p>										

ตัวชี้วัดที่	2.ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดำเนินงานไอโอดีนคุณภาพ					
ยุทธศาสตร์ที่	1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)					
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ					
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ					
หน่วยวัด	ขั้นตอน					
น้ำหนัก	1.5					
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึงหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตอำเภอเมือง บึงกาฬ เซกา ไซพิสัย ปากคาด ศรีวิไล พรเจริญ บึงโขงหลง บุ่งคล้า</p> <p>ความสำเร็จของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดำเนินงานไอโอดีนคุณภาพ หมายถึง ความสำเร็จของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีกระบวนการและผลลัพธ์การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนครบตามขั้นตอนประเมิน</p>					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2560	2561	2562	2563
	-	-	-	-	-	97.10
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลไอโอดีนคุณภาพ ครบตามขั้นตอนที่กำหนด					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1.จากรายงาน ผลตรวจ TSH ทารกแรกเกิด รายงานการตรวจปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ รายงานการตรวจเกลือ</p> <p>2.จากการประเมิน CUP ตามเกณฑ์อำเภอไอโอดีน ปีละ 2 รอบ</p>					
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลการประเมินตนเอง/ข้อมูลผลสุ่มตรวจประเมินโดยทีมประเมินระดับอำเภอ/จังหวัด					
รายการข้อมูล 1	A = หน่วยปฐมภูมิในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลไอโอดีนคุณภาพครบตามขั้นตอนที่กำหนด					
รายการข้อมูล 2	B = หน่วยปฐมภูมิในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, ไตรมาส 4					
เกณฑ์การประเมิน :	1. ร้อยละหน่วยปฐมภูมิในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์ตำบลไอโอดีนคุณภาพครบ 2 ขั้นตอน (ไตรมาส 2)					
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
	<40	40-49	50-59	60-69	≥70	
	2. ร้อยละหน่วยปฐมภูมิในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์ตำบลไอโอดีนคุณภาพครบ 5 ขั้นตอน (ไตรมาส 4)					
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
<40	40-49	50-59	60-69	≥70		

วิธีการประเมินผล :	พิจารณาตามกระบวนการและผลลัพธ์ของการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ดังนี้		
ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนเต็ม	
1	หน่วยบริการปฐมภูมิมีการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลงานไอโอดีนมีการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมาดังนี้ 1.มีข้อมูลการได้รับยาและการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในปีที่ผ่านมา 1.2 มีสรุปผล TSH ของทารกแรกเกิดที่เกิดในปีที่ผ่านมา 1.3 มีข้อมูลการมีและใช้เกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนปีที่ผ่านมา 1.4 มีผลการสุ่มตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนในปีที่ผ่านมา	1 0.25 0.25 0.25 0.25	
2	หน่วยบริการปฐมภูมิมีแผนงานโครงการ และมาตรการ 1.1 มีแผนจัดเวทีคืนข้อมูลแก่ภาคีเครือข่าย 1.2 มีแผนงาน/โครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน 1.3 หน่วยบริการกำหนดหมู่บ้านไอโอดีนต้นแบบ (หมู่บ้านไอโอดีนพลัส) อย่างน้อยสถานบริการละ 1 หมู่บ้าน 1.4 มีมาตรการดำเนินงานตามปัญหาในปีที่ผ่านมา	1 0.25 0.25 0.25 0.25	
3	หน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบเฝ้าระวัง กำกับ ติดตาม ประเมินผล 2.1 สถานบริการมีการให้ความรู้ในการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนแก่ผู้รับบริการในคลินิก ANC และ WCC คลินิก อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง มีบันทึกการให้ความรู้ 2.2 สถานบริการมีการสุ่มตรวจคุณภาพ เกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน ปีละ 1 ครั้ง แยกรายหมู่บ้าน อย่างน้อยร้อยละ 10 ของจำนวนครัวเรือน 2.3 สถานบริการมีการกำกับติดตามการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ของหญิงตั้งครรภ์ อย่างน้อยร้อยละ 80เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์การได้รับยา (มีบันทึกการกินยาทุกวันและมีบันทึกผู้ตรวจสอบการกินยาของหญิงตั้งครรภ์) 2.4 สถานบริการมีการสุ่มตรวจประเมินไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ตามรอบปีละ 1 ครั้ง	1 0.25 0.05 0.25 0.25	
4	หน่วยบริการมีกระบวนการกระตุ้นให้เกิดความสำเร็จ 4.1 มีทีมระดับอำเภอติดตามเยี่ยมงานไอโอดีนใน รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 4.2 จนท.หน่วยปฐมภูมิมีการติดตามการดำเนินงานกองทุนไอโอดีนในชุมชนร่วมกับอปท.และผู้นำชุมชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	1 0.5 0.5	
5	ผลลัพธ์การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน	1	

	<p>5.1 มีข้อมูลร้อยละของครัวเรือนที่บริโภคเกลือเสริมไอโอดีน(มีและใช้เกลือเสริมไอโอดีนสม่ำเสมอ สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 5 วัน (เกณฑ์ร้อยละ 90)</p> <p>5.2 มีข้อมูลร้อยละครัวเรือนที่มีเกลือเสริมไอโอดีนมีคุณภาพ (20 – 40 ppm) (เกณฑ์ร้อยละ 90)</p> <p>5.3 มีข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ผลตรวจไอโอดีนในปัสสาวะเกิน 150 ไมโครกรัม (เกณฑ์มากกว่า ร้อยละ 50)</p> <p>5.4 มีข้อมูลร้อยละของทารกแรกเกิดอายุ 2 วันขึ้นไป มีค่า TSH มากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 3)</p> <p>5.5 มียาเม็ดเสริมไอโอดีนสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรจนครบ 6 เดือนหลังคลอดเพียงพอ</p> <p>5.6 มีผลการสุ่มร้านค้าแผงลอยมีเกลือไอโอดีนจำหน่าย (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90)</p> <p>5.7 มีข้อมูลร้านปรุงอาหารจำหน่ายมีการใช้เกลือไอโอดีนในการปรุงอาหาร (เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)</p>	<p>0.1</p> <p>0.1</p> <p>0.1</p> <p>0.1</p> <p>0.2</p> <p>0.2</p> <p>0.2</p>
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. จากรายงาน ผลตรวจTSH ทารกแรกเกิด รายงานการตรวจปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ รายงานการตรวจเกลือ</p> <p>2. จากการประเมิน CUP ตามเกณฑ์อำเภอไอโอดีน ปีละ 2 รอบ</p>	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ชื่อ-สกุล นางสาวทัศนีย์ โพธิจันทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 492 046 ต่อ 110 โทรศัพท์มือถือ : 065 553 5441 โทรสาร : 042 492 011 E-mail : potijan2018@hotmail.com สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p> <p>2. ชื่อ-สกุล นางไภสร จุลโยธา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 492 046 ต่อ 110 โทรศัพท์มือถือ : 081 954 4529 โทรสาร : 042 492 011 E-mail : kraisorn_julz@hotmail.co.th สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>	

ตัวชี้วัดที่	3 ร้อยละของประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
ยุทธศาสตร์ที่	1. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ Promotion, Prevention & Protection Excellence
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>- ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>- พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยพฤติกรรม ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีกิจกรรมทางกาย / ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วันครั้งละ 30 นาที หรือมีกิจกรรมทางกายสะสม 150 นาที / สัปดาห์ 2. รับประทานผักผลไม้สดเป็นประจำ 3. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4. ไม่สูบบุหรี่ / ไม่สูบบุหรี่ 5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า) <p>โดยเน้นการทำกิจกรรม “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาวตามวิถีอีสาน” ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ เน้น ความเสี่ยงต่อการหกล้ม และภาวะสมองเสื่อม 2. มีการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น <ul style="list-style-type: none"> - การทำกิจกรรมออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และหลัง เพื่อป้องกันการหกล้ม - การทำกิจกรรมบริหารสมอง เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม - การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายที่เหมาะสมกับช่วงวัย เป็นต้น <p>หมายเหตุ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผ่านการประเมินทั้ง 5 ข้อถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2. กิจกรรมทางกายคือการเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อ และทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรงกาย การเดินทางด้วยจักรยาน หรือเดินทาง เดินขึ้นบันไดและกิจกรรมยามว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา วิ่ง ปั่นจักรยาน และการท่องเที่ยว (ที่มา: แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.2561-2573) 3. รับประทานผักเป็นประจำ (ผัก 1 ส่วน หมายถึง ผักสุก 1 ทัพพี ผักสด 2 ทัพพี) 4. รับประทานผลไม้สดเป็นประจำ (ผลไม้ 1 ส่วน หมายถึง ผลไม้ 6-8 ชิ้นคำ) 5. อ้างอิงดัชนีที่ 8 ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ. ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ. ศ. 2552

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ) ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2556	2559	2561	2563
	ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	26.7	27.8	54.4	18.2
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สุ่มประเมินตามระเบียบวิธีวิจัยโดยพื้นที่/สำรวจ 2. พื้นที่ส่งรายงานผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัย				
แหล่งข้อมูล	- รพ.สต./ รพช./ รพ.ท. - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี - ระบบให้บริการสมุดสุขภาพประชาชน Health For You (H4U) - HDC				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ หมายเหตุ : จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่จังหวัดกำหนดให้				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 , ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ระดับจังหวัด					
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ไตรมาส 2)					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
41	42	43	44	45	
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ไตรมาส 4)					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
46	47	48	49	50	
ระดับอำเภอ					
กำหนดค่าเป้าหมายที่จะดำเนินการเพื่อความสำเร็จ 4 ตัวชี้วัด โดยเกณฑ์การพิจารณาคะแนน ดังนี้					
1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ไตรมาส 2) (1.5 คะแนน)					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
41	42	43	44	45	
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ไตรมาส 4) (1.5 คะแนน)					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
46	47	48	49	50	
** หมายเหตุ : กรณีร้อยละของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ น้อยกว่าร้อยละ 50 จะไม่นับคะแนนในข้อนี้					

2. ร้อยละความครอบคลุมการประเมินผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ไตรมาส 2) (1.5 คะแนน)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
50	52	54	56	58

ร้อยละความครอบคลุมการประเมินผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ไตรมาส 4) (1.5 คะแนน)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
60	62	64	66	68

3. ร้อยละความครอบคลุมการประเมินภาวะหกล้มของผู้สูงอายุ (ไตรมาส 2) (1 คะแนน)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
62	64	66	68	70

ร้อยละความครอบคลุมการประเมินภาวะหกล้มของผู้สูงอายุ (ไตรมาส 4) (1 คะแนน)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
72	74	76	78	80

4. ร้อยละความครอบคลุมการประเมินภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (ไตรมาส 2) (1 คะแนน)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
62	64	66	68	70

ร้อยละความครอบคลุมการประเมินภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (ไตรมาส 4) (1 คะแนน)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
72	74	76	78	80

วิธีการประเมินผล :

- พื้นที่บันทึกข้อมูลผ่านระบบให้บริการสมรรถภาพประชาชน Health For You (H4U)
- ส่วนกลางวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบให้บริการสมรรถภาพประชาชน Health For You (H4U)
- รายงานและคืนข้อมูลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เอกสารสนับสนุน :

1. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
2. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยังแจ้ว
3. คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว
4. คู่มือการใช้งานระบบให้บริการสมรรถภาพประชาชน Health For You (H4U)

**ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**

1. ชื่อ-สกุล : น.ส.ปิยะพร เดชบาล ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ : 08 7360 5528
โทรสาร : 0 4249 2001 Email : thesine_1402@hotmail.com
สถานที่ทำงาน : สสจ.บึงกาฬ
2. ชื่อ-สกุล : นางไกรสร จุลโยธา ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ : 08 1954 4529
โทรสาร : 0 4249 2001 Email : kraisorn_julz@hotmail.co.th
สถานที่ทำงาน : สสจ.บึงกาฬ

ตัวชี้วัดที่	4.ระดับความสำเร็จการดำเนินงานตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์					
ยุทธศาสตร์ที่	1. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ Promotion, Prevention & Protection Excellence					
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ					
ลักษณะตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน					
น้ำหนัก	2					
คำนิยาม	<p>ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4. มีบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care)จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ 5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงโดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม และมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) 7. มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล <p>หมายเหตุ: ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และ ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ <p>มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุหรือ อสม.</p>					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน						
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
			2560	2561	2562	2563
ระดับความสำเร็จการดำเนินงานตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	32 (60.37%)	42 (79.24%)	41 (77.36%)	49 (92.45%)	

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) ผู้สูงอายุทุกคนในจังหวัดบึงกาฬ (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) 2) ดำเนินการทุกตำบล ในพื้นที่ 8 อำเภอ จังหวัดบึงกาฬ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) รายงานทาง E-mail 2) สุ่มประเมินพื้นที่ 3) ข้อมูลจากระบบ Cockpit 4) โปรแกรม Long Term Care กรมอนามัย และ สปสช.เขต 8 5) HDC					
แหล่งข้อมูล	1) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 2) โรงพยาบาล 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 , ไตรมาส 4					
เกณฑ์การประเมิน : ระดับจังหวัด ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครบ 7องค์ประกอบ						
ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครบ 7องค์ประกอบ	ร้อยละ	≤64	65-74	75-84	85-94	≥95
ระดับอำเภอ						
กำหนดค่าเป้าหมายที่จะดำเนินการเพื่อความสำเร็จ 5 ตัวชี้วัด โดยเกณฑ์การพิจารณาคะแนน ดังนี้						
1. มีการดำเนินงานตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครบ 7องค์ประกอบ (3 คะแนน)						
ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		0.6	1.2	1.8	2.4	3
ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครบ 7องค์ประกอบ	ร้อยละ	≤64	65-74	75-84	85-94	≥95
2. มีการจัดทำบันทึกฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ครอบคลุมทุกตำบล ร้อยละ 80 (0.5 คะแนน)						
ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
จัดทำบันทึกฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ครอบคลุมทุกตำบล ร้อยละ 80	ร้อยละ	≤49	50-59	60-69	70-79	≥80
3. ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ ร้อยละ 90 (0.5 คะแนน)						
ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	ร้อยละ	≤59	60-69	70-79	80-89	≥90

4. ผู้สูงอายุพึ่งพิง ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 80 (0.5 คะแนน)							
ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน					
		1	2	3	4	5	
ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (CP)	ร้อยละ	≤49	50-59	60-69	70-79	≥80	
5. มีการส่งรายงานประจำเดือน ทุกวันที่ 25 ของเดือน (0.5 คะแนน)							
ตัวชี้วัด	หน่วยวัด		คะแนน				
			1	2	3	4	5
จำนวนครั้งที่มีการส่งรายงานประจำเดือน ทุกวันที่ 25 ของเดือน	ครั้ง	ไตรมาส 2	1	2	3	4	5
		ไตรมาส 4	6	7	8	9	≥10
วิธีการประเมินผล :	ปีละ 2 ครั้ง โดยทีมนิเทศ ประเมิน ติดตามงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ						
เอกสารสนับสนุน :	1. ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย 2. ชงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ชื่อ-สกุล : น.ส.ปิยะพร เดชบาล ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ : 08 7360 5528 โทรสาร : 0 4249 2001 Email : thesine_1402@hotmail.com สถานที่ทำงาน : สสจ.บึงกาฬ 2. ชื่อ-สกุล : นางไกรสร จุลโยธา ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ : 08 1954 4529 โทรสาร : 0 4249 2001 Email : kraisorn_julz@hotmail.co.th สถานที่ทำงาน : สสจ.บึงกาฬ						

ตัวชี้วัดที่	5.ความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มพระสงฆ์ สามเณร และแม่ชี
ยุทธศาสตร์ที่ 1	1. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ Promotion, Prevention & Protection Excellence
ประเภทตัวชี้วัด	งานนโยบาย (งานประจำ)
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
น้ำหนัก	1.5
คำนิยาม	<p>การส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนสุขภาพพระสงฆ์ สามเณร แม่ชี หมายถึง การดำเนินงานตามกรอบแนวคิด ดังนี้</p> <p>1. มีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในพระสงฆ์และสามเณร แม่ชี ในวัดทุกรูป โดยใช้แบบ Verbal Screening (แบบPPA 003)</p> <p>- ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง ประเมินดัชนีมวลกาย, วัดรอบเอว, วัดความดันโลหิต, ประเมินการสูบบุหรี่, ประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CVD Risk Score), ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX), คลอเลสเทอรอล (ตรวจโดยสมัครใจหรือเมื่อมีข้อบ่งชี้)</p> <p>-กลุ่มแม่ชี ให้เพิ่มเติม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการคลำและมะเร็งปากมดลูก (ตามความสมัครใจ)</p> <p>2. วิเคราะห์ผลการประเมินและแยกกรองพระสงฆ์ สามเณร แม่ชี ออกเป็นกลุ่ม ปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย</p> <p>- ถ้ากลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ เสี่ยงต่อเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหรือเสี่ยงต่อ โรคหัวใจและหลอดเลือด ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องนำเข้าสู่กิจกรรมการถวายเป็นกุศลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>3. ถวายเป็นกุศลแด่พระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้น 3๐. หลีกเสี่ยง 2ส. และแผ่ระวางโดยใช้เครื่องมือ “นคร” หมายถึงดังต่อไปนี้</p> <p>น : ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง ประเมิน ดัชนีมวลกาย ค : วัดความดันโลหิตและประเมินค่าความดันโลหิต ร : วัดรอบพุงและประเมินภาวะอ้วนลงพุง</p> <p>4. ส่งเสริมให้พระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการถวายเป็นกุศลเป็นพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพในวัด (พระ อสว.)</p> <p>5. ติดตามผลและประเมินสุขภาพพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงหลังการถวายเป็นกุศล จำนวน 2 ครั้ง (3เดือนและ 6 เดือน) และรายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานผลการจัดบริการ รายบุคคล_PPA64_v2</p> <p>6. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาวัดสู่การประเมินรับรองเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ ที่มีคุณสมบัติ 5 ประการ คือ</p> <p>6.1. วัดมีความสะอาดร่มรื่น 6.2. วัดมีความสงบร่มเย็น 6.3. วัดร่วมสร้างสุขภาพคนในชุมชน (สุขภาพร่วมสร้าง)</p>

	<p>6.4. วัดร่วมสืบสานวัฒนธรรมประเพณี และมีแหล่งเรียนรู้ชุมชน (ศิลปะร่วมจิต (วิญญาน))</p> <p>6.5. วัดเป็นศูนย์รวมความสามัคคีในการร่วมกันพัฒนาหมู่บ้านและชุมชน (ชาวประชา ร่วมพัฒนา)</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มพระสงฆ์ สามเณร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	ขั้นตอน	-	-	4
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	พระสงฆ์ สามเณร อายุ 25-60 ปีและ 60 ปีขึ้นไป จังหวัดบึงกาฬ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1.แบบ Verbal Screening รายงาน _003</p> <p>2.ตาราง Excels แบบรายงาน _ 001 สป.สช.เขต8</p> <p>3.แบบประเมินรับรองวัดส่งเสริมสุขภาพ</p>				
แหล่งข้อมูล	<p>แบบ ตาราง Excels แบบรายงาน _ 001 สป.สช.เขต8</p> <p>คู่มือการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</p>				
รายการข้อมูล 1 (A)	-				
รายการข้อมูล 2 (B)	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-				
ระยะเวลาประเมินผล	ระหว่างเดือน พฤษภาคม - มิถุนายน 2564				
เกณฑ์การประเมิน :					

วิธีการประเมินผล :	<p>ประเมินผลโดยการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบ Verbal Screening/ โปรแกรม Thai CVD Riskของมหาวิทยาลัยมหิดล และตรวจ DTX ยืนยัน และแบบรายงาน_001 รายงานรายบุคคลและแบบประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ</p> <p><u>เกณฑ์การให้คะแนน</u></p> <table border="1" data-bbox="483 378 1481 1016"> <thead> <tr> <th>ขั้นที่</th> <th>รายละเอียด</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>มีการตรวจคัดกรอง พระสงฆ์ สามเณร แม่ชี</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>มีฐานข้อมูลผลการตรวจคัดกรอง พระสงฆ์ สามเณร กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>พระสงฆ์ สามเณรกลุ่มเสี่ยง ได้รับการถวายความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นคร 2ส.</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>มีการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพระสงฆ์ สามเณร กลุ่มเสี่ยง หลังการถวายความรู้ จำนวน 2 ครั้ง (3 เดือน, 6 เดือน)และรายงานตามแบบรายงานผลการจัดบริการรายบุคคล_PPA64_v2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>มีการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพและได้รับการประเมินรับรองจาก สสจ.บึงกาฬอย่างน้อย 1 วัด</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">คะแนนรวม</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	ขั้นที่	รายละเอียด	คะแนน	1	มีการตรวจคัดกรอง พระสงฆ์ สามเณร แม่ชี	1	2	มีฐานข้อมูลผลการตรวจคัดกรอง พระสงฆ์ สามเณร กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย	1	3	พระสงฆ์ สามเณรกลุ่มเสี่ยง ได้รับการถวายความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นคร 2ส.	1	4	มีการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพระสงฆ์ สามเณร กลุ่มเสี่ยง หลังการถวายความรู้ จำนวน 2 ครั้ง (3 เดือน, 6 เดือน)และรายงานตามแบบรายงานผลการจัดบริการรายบุคคล_PPA64_v2	1	5	มีการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพและได้รับการประเมินรับรองจาก สสจ.บึงกาฬอย่างน้อย 1 วัด	1	คะแนนรวม		5
ขั้นที่	รายละเอียด	คะแนน																				
1	มีการตรวจคัดกรอง พระสงฆ์ สามเณร แม่ชี	1																				
2	มีฐานข้อมูลผลการตรวจคัดกรอง พระสงฆ์ สามเณร กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย	1																				
3	พระสงฆ์ สามเณรกลุ่มเสี่ยง ได้รับการถวายความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นคร 2ส.	1																				
4	มีการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพระสงฆ์ สามเณร กลุ่มเสี่ยง หลังการถวายความรู้ จำนวน 2 ครั้ง (3 เดือน, 6 เดือน)และรายงานตามแบบรายงานผลการจัดบริการรายบุคคล_PPA64_v2	1																				
5	มีการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพและได้รับการประเมินรับรองจาก สสจ.บึงกาฬอย่างน้อย 1 วัด	1																				
คะแนนรวม		5																				
เอกสารสนับสนุน :	แบบ Verbal Screening(PPA_003) / โปรแกรม Thai CVD Risk /แบบรายงานผลการจัดบริการรายบุคคล_PPA64_v2 (Excels)																					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นาง ไกรสร จุลโยธา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ 0819544529 น.ส.ปิยะพร เดชบาล นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทรศัพท์ 0873605528																					

ตัวชี้วัดที่	6.ความสำเร็จของการดำเนินงาน อำเภอ TO BE NUMBER ONE
ยุทธศาสตร์ที่	1. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ Promotion, Prevention & Protection Excellence
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดงานประจำ (ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ)
หน่วยวัด	คะแนน
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>สถานบริการมีการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินกิจกรรมตามโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE</p> <p>มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ การประชุมคณะกรรมการฯ อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง และมีแผนงาน/โครงการดำเนินงานระดับอำเภอครบตาม 3 ยุทธศาสตร์หลักโครงการ TO BE NUMBER ONE</p> <p>มีการรับสมัครสมาชิก TO BE NUMBER ONE เยาวชนกลุ่มอายุ 6 – ต่ำกว่า 10 ปี, กลุ่มอายุ 10 - 24 ปี , กลุ่มอายุ 24 ปี ขึ้นไป และสมาชิกกิตติมศักดิ์ หรือประชาชนทั่วไป และรวบรวมใบสมัครสมาชิก แบบสรุปลำดับรายชื่อ และจัดเก็บข้อมูลในคอมพิวเตอร์ รูปแบบ File อิเล็กทรอนิกส์</p> <p>มีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ดำเนินงานครบ 3 ก 3 ย หมายถึง ชมรม มีชมรม TO BE NUMBER ONE ครบ 3 ก 3 ย มีการดำเนินกิจกรรมเชิงคุณภาพด้านการบริหารจัดการกรรมการ กองทุน กิจกรรม มีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชน ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ในชุมชน สถานประกอบการ โรงเรียน</p> <p>มีการจัดตั้งศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในชมรม TO BE NUMBER ONE ภายใต้งาน “ปรับทุกข์ สร้างสุข แก้ปัญหา พัฒนา EQ ”</p> <p>มีการจัดกิจกรรมโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ เพื่อสร้างกระแสนิยม “เป็นหนึ่งในโดยไม่พึ่งยาเสพติด” ดังนี้ คือ การประกวด DANCERCISE , การประกวด IDOL , การประกวดผลงานอำเภอ/ชมรม TO BE NUMBER ONE , การอบรมแกนนำสมาชิก/อาสาสมัครศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE, การออกหน่วย TO BE NUMBER ONE MOBILE UNIT และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ตาม 3 ยุทธศาสตร์หลักการดำเนินงานหลักโครงการ TO BE NUMBER ONE</p> <p>ส่งเยาวชนและเจ้าหน้าที่เข้าร่วมทุกกิจกรรมในโครงการ TO BE NUMBER ONE ทั้งระดับจังหวัด / ระดับภาค / ระดับประเทศ</p> <p>มีการรายงานผลการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ภาพรวมระดับอำเภอ ให้ สสจ.ทราบ ไตรมาสละ 1 ครั้ง (ตามแนวทางที่กำหนด)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ 50 คะแนน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เยาวชนกลุ่มอายุ 6 – ต่ำกว่า 10ปี , กลุ่มอายุ 10 - 24 ปี , กลุ่มอายุ 24 ปี ขึ้นไป และสมาชิกกิตติมศักดิ์ หรือประชาชนทั่วไป

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานทุก 3 เดือน																													
แหล่งข้อมูล	รายงานการดำเนินงานจากหน่วยบริการ																													
รายการข้อมูล1	-																													
รายการข้อมูล2	-																													
เกณฑ์การให้คะแนน																														
ลำดับ	กิจกรรมการดำเนินงาน				คะแนน	เอกสารประกอบการประเมิน																								
1.	<p>1.1 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอ เป็นประธาน มีสาธารณสุขอำเภอ เป็นเลขานุการ และคณะกรรมการ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน (2 คะแนน)</p> <p>1.2 การประชุมคณะกรรมการโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ อย่างน้อย ไตรมาสละ 1 ครั้ง (2 คะแนน)</p>				4	<p>-คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ หน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ ที่เป็นปัจจุบัน และกำหนด บทบาทหน้าที่ชัดเจน</p> <p>-รายงานการประชุม</p> <p>-รูปภาพการประชุมที่มี สัญลักษณ์ TO BE NUMBER ONE</p>																								
2.	<p>2.1 แผนการดำเนินงานระดับอำเภอครบตาม 3 ยุทธศาสตร์หลักโครงการ TO BE NUMBER ONE (2.5 คะแนน)</p> <p>2.2 โครงการที่สอดคล้องและครบถ้วนกับแผนการดำเนินงานระดับอำเภอครบตาม 3 ยุทธศาสตร์ หลักโครงการ TO BE NUMBER ONE (2.5 คะแนน)</p>				5	<p>-แผนงานระบุรายละเอียดกิจกรรม วัตถุประสงค์ ระยะเวลา เป้าหมาย และผู้รับผิดชอบชัดเจน</p> <p>-โครงการที่สอดคล้องและครบถ้วนกับแผนการดำเนินงานระดับอำเภอ</p>																								
3.	<p>3.1 ใบสมัครสมาชิก TO BE NUMBER ONE จัดทำเป็นแฟ้มข้อมูล (3 คะแนน)</p> <table border="1" data-bbox="261 1308 786 1417"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.6</td> <td>1.2</td> <td>1.8</td> <td>2.4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>50</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>≥90</td> </tr> </table> <p>3.2 แบบสรุปรายชื่อสมาชิก TO BE NUMBER ONE แยกตามกลุ่มอายุ ดังนี้ อายุ 6 – 10 ปี, อายุ 10 - 24 ปี , อายุ 24 ปี ขึ้นไป, สมาชิกกิตติมศักดิ์ และประชาชนทั่วไป (1 คะแนน)</p> <p>3.3 จัดเก็บข้อมูลสมาชิก TO BE NUMBER ONE ในคอมพิวเตอร์ รูปแบบ File อิเล็กทรอนิกส์ (1 คะแนน)</p> <table border="1" data-bbox="261 1807 786 1917"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>50</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>≥90</td> </tr> </table>				คะแนน	0.6	1.2	1.8	2.4	3	ร้อยละ	50	60	70	80	≥90	คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1	ร้อยละ	50	60	70	80	≥90	5	<p>-ใบสมัครสมาชิก TO BE NUMBER ONE</p> <p>-แบบสรุปรายชื่อสมาชิก TO BE NUMBER ONE แยกตามกลุ่มอายุ</p> <p>- File อิเล็กทรอนิกส์ (แบบฟอร์มตามที่ สสจ.กำหนด)</p>
คะแนน	0.6	1.2	1.8	2.4	3																									
ร้อยละ	50	60	70	80	≥90																									
คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1																									
ร้อยละ	50	60	70	80	≥90																									

4.	<p>4.1 อำเภอมีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ซึ่งมีองค์ประกอบ ครบ 3 ก 3 ย ไม่น้อยกว่า 10 ชมรม ต่อ อำเภอ ซึ่งมีการดำเนินงานตามแนวทางโครงการ TO BE NUMBER ONE อย่างจริงจังและต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มี ได้ 0 คะแนน - มี 1-3 แห่ง ได้ 1 คะแนน - มี 4-6 แห่ง ได้ 2.5 คะแนน - มี 7-9 แห่ง ได้ 3.5 คะแนน - มี ≥ 10 แห่ง ได้ 5 คะแนน <p>หมายเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องมีองค์ประกอบครบ 3 ก 3 ย ถึงจะนับเป็น 1 ชมรม TO BE NUMBER ONE 	5	<p>ประเมินผลจากข้อมูล เอกสารหลักฐานต่างๆ คือ รูปเล่มชมรมทุก setting เนื้อหาประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) คำสั่ง/แผนภูมิคณะกรรมการและมีบันทึกการประชุม 2) มีรายงานสรุปผลการดำเนินกิจกรรมและภาพกิจกรรมที่มีสัญลักษณ์ TO BE NUMBER ONE 3) สมุดบัญชีธนาคาร / ทะเบียนรับ-จ่ายเงินกองทุน/ทะเบียนวัสดุ 4) เอกสาร/รูปภาพ <p>การดำเนินงานตาม 3 ยุทธศาสตร์หลักโครงการ</p>
5.	<p>5.1 มีศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ใน โรงเรียนหรือในชุมชน หรือในสถานประกอบการ ที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องไม่น้อย กว่า 5 แห่งต่ออำเภอ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มี ได้ 0 คะแนน - มี 1 แห่ง ได้ 1 คะแนน - มี 2 แห่ง ได้ 2 คะแนน - มี 3 แห่ง ได้ 3 คะแนน - มี 4 แห่ง ได้ 4 คะแนน - มี ≥ 5 แห่ง ได้ 5 คะแนน <p>หมายเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินงานครบภายใต้แนวคิด “ปรับทุกข์ สร้างสุข แก้ปัญหา พัฒนา EQ ” ถึงจะนับเป็น 1 ศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE 	5	<p>มีเอกสารหลักฐานที่แสดงว่ามีศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ที่ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดของการให้บริการ “ปรับทุกข์ สร้างสุข แก้ปัญหา พัฒนา EQ ” ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีการให้บริการครบ ทั้ง 3 กิจกรรม ได้แก่ การให้คำปรึกษา การจัดกิจกรรม สร้างสุขและการพัฒนา EQ 2) มีบันทึกการเข้าใช้งานศูนย์ของสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE 3) มีการจัดทำทะเบียนจำนวนศูนย์เพื่อนใจภายในอำเภอ
6.	<p>การจัดกิจกรรมระดับอำเภอ</p> <p>6.1 จัดตั้งศูนย์ประสานงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ (1 คะแนน)</p>	26	<p>-รูปภาพสถานที่ตั้งศูนย์ประสานงานที่แสดงสัญลักษณ์ คำขวัญ โครงการ TO BE NUMBER ONE ที่ถูกต้อง</p>

	<p>6.2 จัดการประกวด TO BE NUMBER ONE TEEN DANCERCISE ระดับอำเภอ (5 คะแนน)</p> <p>6.3 จัดการประกวด TO BE NUMBER ONE IDOL ระดับอำเภอ (5 คะแนน)</p> <p>6.4 จัดการประกวดผลงานชมรม TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ (5 คะแนน)</p> <p>6.5 จัดการอบรมแกนนำสมาชิก TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ เพื่อสร้างแกนนำให้มีความรู้เรื่องการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขยายเครือข่ายการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE (2.5 คะแนน)</p> <p>6.6 จัดการอบรมอาสาสมัครประจำศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ ให้มีความรู้การดำเนินงานภายใต้กรอบแนวคิดของการให้บริการ “ปรับทุกข์ สร้างสุข แก้ปัญหา พัฒนา EQ” (2.5 คะแนน)</p> <p>6.7 ออกหน่วย TO BE NUMBER ONE MOBILE UNIT ร่วมกับจังหวัดเคลื่อนที่เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการรับสมัครสมาชิก และเผยแพร่กิจกรรมของสมาชิก TO BE NUMBER ONE (5 คะแนน)</p>		<p>-เอกสาร หลักฐาน รูปภาพ และสรุปผลการจัดกิจกรรม ที่ 6.2 – 6.7ที่แสดงว่า ได้จัดกิจกรรมระดับอำเภอ</p>
<p>7.</p>	<p>การเข้าร่วมกิจกรรมระดับจังหวัด</p> <p>7.1 เข้าร่วมประกวด TO BE NUMBER ONE TEEN DANCERCISE ระดับจังหวัด (10 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ส่งเข้าร่วมแข่งขัน ได้ 0 คะแนน - รุ่นจูเนียร์ ≥1 ทีม ได้ 4 คะแนน - รุ่นพีทีที อย่างน้อย 1 ทีม ได้ 3 คะแนน - รุ่นทีทีเอจ อย่างน้อย 1 ทีม ได้ 3 คะแนน 	<p>30</p>	<p>-ข้อมูลใบสมัคร รูปภาพและแบบสรุปจำนวนทีม DANCERCISE ที่ส่งเข้าร่วมกิจกรรม</p>

	<p>7.2 เข้าร่วมประกวด TO BE NUMBER ONE IDOL ระดับจังหวัด (10 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ส่งเลย ได้ 0 คะแนน - 1 คน ได้ 3 คะแนน - 2 คน ได้ 6 คะแนน - ≥3 คน ได้ 10 คะแนน <p>7.3 เข้าร่วมประกวดผลงาน/จัดบูธนิทรรศการ การแสดงผลงานอำเภอ/ชมรม TO BE NUMBER ONE ระดับจังหวัด (10 คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ส่งเลย ได้ 0 คะแนน - 1 ชมรม ได้ 3 คะแนน - 2 ชมรม ได้ 6 คะแนน - ≥3 ชมรม ได้ 10 คะแนน 		<p>-ข้อมูลใบสมัคร รูปภาพและแบบสรุป จำนวน IDOLที่ส่งเข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>-ข้อมูลใบสมัคร รูปภาพ และแบบสรุป จำนวน อำเภอ/ชมรม ที่ส่งผลงานเข้าร่วมกิจกรรม</p>
8.	<p>การเข้าร่วมกิจกรรมระดับภาค</p> <p>8.1 เป็นตัวแทนจังหวัดบึงกาฬ เข้าร่วมประกวด กิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งของโครงการ TO BE NUMBER ONE ในระดับภาค (5 คะแนน)</p>	5	-เอกสาร รูปภาพที่เข้าร่วมกิจกรรม
9.	<p>การเข้าร่วมกิจกรรมระดับประเทศ</p> <p>9.1 เป็นตัวแทนจังหวัดบึงกาฬ เข้าร่วมประกวด กิจกรรมใด กิจกรรมหนึ่งของโครงการ TO BE NUMBER ONE ในระดับประเทศ (10 คะแนน)</p>	10	-เอกสาร รูปภาพที่เข้าร่วมกิจกรรม -เกียรติบัตรรางวัลพระราชทาน
10.	<p>การติดตามผลการดำเนินงาน</p> <p>10.1 รายงานผลการจัดกิจกรรมโครงการ TO BE NUMBER ONE ภาพรวมระดับอำเภอ ทุกกิจกรรม ให้ สสจ. ทราบ ไตรมาสละ 1 ครั้ง (5 คะแนน)</p>	5	-หนังสือราชการรายงานผลการจัด กิจกรรมรายไตรมาส -แนวทางตามที่ สสจ.กำหนด

การประเมินผลระดับอำเภอ

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
50	60	70	80	≥90
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง			
วิธีรายงาน/ความถี่	ทุก 3 เดือน			
ผู้ประสานงาน	-			

ตัวชี้วัดที่	7. ร้อยละผลการดำเนินงานการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย อย.น้อย																	
ยุทธศาสตร์ที่	1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (BK promotion and protection)																	
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ																	
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																	
น้ำหนัก	1.5																	
คำนิยาม	<p>การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย อย.น้อย หมายถึง การพัฒนาศักยภาพนักเรียน อย.น้อย ให้มีความรู้และทักษะในการรับรู้ข่าวสารการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียนตลอดจนเกิดการบูรณาการกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ให้แก่นักเรียน ครู และชุมชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันจากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อันตรายและการโฆษณาที่เกินจริง</p> <p>อย.น้อย หมายถึง การดำเนินงานเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในสถานศึกษา ด้วยการจัดให้มีการพัฒนาศักยภาพ ครูและนักเรียน การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย และขยายผลการดำเนินงาน ต่อยอด จากโรงเรียนสู่ชุมชน</p> <p>โรงเรียน อย.น้อย ผ่านเกณฑ์ในระดับดีเยี่ยม หมายถึง โรงเรียนที่นำองค์ประกอบของเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย มาใช้ประเมินตนเอง มีผลคะแนนการประเมินมากกว่า 90 คะแนนขึ้นไปที่ได้รับการรับรอง และการรับรองนั้นยังไม่หมดอายุ</p> <p>โรงเรียนอย.น้อย^{Plus} หมายถึง โรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย และ มีการดำเนินงานเพิ่มเติมในประเด็นสำคัญด้านคุ้มครองผู้บริโภค 3 ประเด็น คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กิจกรรม การสื่อสารเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพของบุคคลในชุมชน 2) กิจกรรมบูรณาการร่วมกับเครือข่ายเพื่อลดความเสี่ยงจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของบุคคลในชุมชน และ 3) กิจกรรมการพัฒนา องค์ความรู้และนวัตกรรม เพื่อการมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม 																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละผลการดำเนินงานการพัฒนา ศักยภาพภาคีเครือข่าย อย.น้อย</td> <td>ร้อยละ</td> <td>n/a</td> <td>70.46</td> <td>84.06</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	ร้อยละผลการดำเนินงานการพัฒนา ศักยภาพภาคีเครือข่าย อย.น้อย	ร้อยละ	n/a	70.46	84.06
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2561	2562	2563														
ร้อยละผลการดำเนินงานการพัฒนา ศักยภาพภาคีเครือข่าย อย.น้อย	ร้อยละ	n/a	70.46	84.06														
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงเรียนเครือข่าย อย.น้อย ทุกแห่งในอำเภอ																	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน																	
แหล่งข้อมูล	โรงเรียนเครือข่าย อย.น้อย ทุกแห่งในอำเภอ																	
รายการข้อมูล 1	A = คะแนนที่รวมได้																	
รายการข้อมูล 2	B = คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมด																	

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A - x100 B
ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564 ประเมินกิจกรรมที่ 1 - 2 1 เมษายน 2564 – 30 กันยายน 2564 ประเมินถึงกรรมที่ 1 - 6

เกณฑ์การประเมิน : กำหนดเป็นกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมนั้น จะได้คะแนนในกิจกรรมนั้น ดังนี้

กิจกรรมที่	รายละเอียด	คะแนน
1	1.1 มีแผนงาน/โครงการ อย.น้อย ประจำปีงบประมาณ 2564 ครบถ้วน 10 คะแนน 1.2 มีฐานข้อมูลติดต่อครูผู้รับผิดชอบโรงเรียน อย.น้อย ประจำปีงบประมาณ 2564 ทุกโรงเรียน ในอำเภอ 10 คะแนน	20
2	มีการจัดตั้งชมรม อย.น้อย ในโรงเรียนตามเกณฑ์ที่กำหนด 30 คะแนน รายละเอียดดังนี้ - โรงเรียนมัธยม ร้อยละ 70 10 คะแนน - โรงเรียนขยายโอกาส ร้อยละ 50 10 คะแนน - โรงเรียนประถม ร้อยละ 20 10 คะแนน	30
3	มีการนิเทศติดตามการดำเนินงาน โรงเรียน อย. น้อย ในอำเภอ	10
4	4.1 มีโรงเรียน อย.น้อย ในระดับดีเยี่ยม ที่พัฒนาสู่โรงเรียน อย.น้อย ^[Plus] ในอำเภออย่างน้อย 1 โรงเรียน 20 คะแนน 4.2 มีโรงเรียน อย.น้อย ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 40 10 คะแนน	30
5	จัดทำสรุปผลการดำเนินงานโครงการ อย. น้อย ระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ 2564 - ระบุจำนวนแกนนำและสมาชิกทั้งหมด 5 คะแนน - ปัญหา และแนวทาง/ข้อเสนอแนะ 5 คะแนน	10
รวม		100

โดยที่: ร้อยละผลการดำเนินงานการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย อย.น้อย

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
40	50	60	70	80

วิธีการประเมินผล :	นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน
เอกสารสนับสนุน :	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ นายดวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการพิเศษ Mobile 08 6850 8366 e-mail: fdapv38@fda.moph.go.th น.ส.ชนากานต์ อนุรักษ์ธงไชย ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ Mobile 08 9757 7864 e-mail: aqua_missha@hotmail.com นายกิตติพัฒน์ ทวีพันธ์ ตำแหน่งเภสัชกร Mobile 08 8828 1515 e-mail: kittiphat.ke.57@ubu.ac.th

ตัวชี้วัดที่	8. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก			
ยุทธศาสตร์ที่	1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence: PP&P excellence)			
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดงานประจำ			
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ			
หน่วยวัด	ร้อยละ			
น้ำหนัก	1.5			
คำนิยาม	<p>1. กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) กลุ่มพนักงานบริการ (SW) ทั้งหญิงและชาย กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)</p> <p>2. เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก หมายถึง กลุ่มประชากรหลักได้รับบริการโดยผู้ให้บริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ภาครัฐและ/หรือภาคประชาสังคม โดยแกนนำอาสาสมัครภาคประชาสังคม /เครือข่ายเพื่อน โดยบริการที่กลุ่มประชากรเป้าหมายได้รับ ประกอบด้วย 4 ข้อ ดังต่อไปนี้</p> <p>1) ได้รับข้อมูลความรู้ในการป้องกันเอชไอวี, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) และการลดอันตรายจากการใช้ยา Harm reduction (สำหรับกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด PWID)</p> <p>2) ได้รับอุปกรณ์ป้องกันที่ปลอดภัยสำหรับแต่ละกลุ่มประชากร เช่น ถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น ฯ</p> <p>3) ได้รับข้อมูลสถานที่ที่จะไปรับบริการตรวจเอชไอวี, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) และ การรักษาด้วยสารทดแทน/เมทาโดน (สำหรับPWID)</p> <p>4) ได้ลงทะเบียนรับบริการโดย มีหมายเลขระบุตัวบุคคล UIC (Unique Identifier Code)</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>ก. รูปแบบของการให้บริการป้องกันเชิงรุกสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่ (1) ผู้ให้บริการเชิงรุก (Outreach) (2) เครือข่ายเพื่อน (3) ชี้อีเลคทรอนิกส์ทางโซเชียลมีเดีย (social media) (4) มารับบริการเองหรือได้รับการนัดหมายจากหน่วยบริการ</p> <p>ข. กรณีเข้าถึงบริการโดยรูปแบบการใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์นั้นจะไม่รวมบริการในข้อ 2 ให้หมายถึงเฉพาะ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ1) ข้อ3) และข้อ4) เท่านั้น</p> <p>ค. หน่วยที่จัดบริการ หมายถึงสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม</p> <p>ง. จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการ หมายถึงรวมทุกแหล่งงบประมาณที่มีการดำเนินงานในพื้นที่</p>			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2561	2562
			2563	
	-กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)	คน	N/A	492 (8 อำเภอ) 44 (4 อำเภอ)
	-กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW)	คน	N/A	147 116

เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 87	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94	ร้อยละ 95
...				
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามแผนงานยุติปัญหาเอดส์ของพื้นที่ ว่าสามารถทำให้กลุ่มประชากรหลัก ได้รับบริการป้องกันเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) ได้ครอบคลุมมากขึ้นเพียงใด			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มประชากรหลัก ซึ่งหมายถึง -กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Man who have sex with men : MSM) -กลุ่มพนักงานบริการหญิง (Female sex worker : FSW)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงาน NAP และ NAP+ ที่หน่วยบริการบันทึก			
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลการให้บริการป้องกันฯเชิงรุก จากระบบข้อมูล NAP+ จาก สปสช. 2. ข้อมูลการคาดประมาณจำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก จากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค www.boe.moph.go.th/aids/ และคำนวณการประมาณการรายอำเภอโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกรายอำเภอ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลักที่คาดประมาณ รายอำเภอ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินรายไตรมาส (4 ไตรมาส)			
เกณฑ์การประเมิน				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2 และ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
...				
วิธีการประเมินผล :				
กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-2 และ ร้อยละ 70	ขั้นตอนที่ 1-2 และ ร้อยละ 80	ขั้นตอนที่ 1-2 และ ร้อยละ 94
1	-มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่เป็นปัจจุบัน/คณะทำงานเอดส์ระดับอำเภอ (เพื่อแต่งตั้งคณะทำงานในการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก) -ข้อมูลคาดประมาณกลุ่มประชากรหลัก		-เอกสารหลักฐานรายชื่อคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานเอดส์ระดับอำเภอ -เอกสารจำนวนในการคาดประมาณกลุ่มประชากรหลักในแต่ละพื้นที่อำเภอ	
2	แผนงานโครงการดำเนินงานในการเข้าถึงบริการกลุ่มประชากรหลัก (เพื่อเป็นกระบวนการในการคัดกรองค้นหากลุ่มประชากรหลัก)		-เอกสารแผนงานโครงการดำเนินงานเข้าถึงบริการกลุ่มประชากรหลัก -เอกสารการคัดกรองกลุ่มประชากรหลัก	
3	การลงข้อมูล NAP ให้ได้ร้อยละ 70		ข้อมูล NAP+	
4	การลงข้อมูล NAP ให้ได้ร้อยละ 80		ข้อมูล NAP+	
5	การลงข้อมูล NAP ให้ได้ร้อยละ 94		ข้อมูล NAP+	
...				

เอกสารสนับสนุน :	<p>-รายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง</p> <p>-เอกสารทำการจากโปรแกรม NAP และ NAP+</p>
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายวิทวัช ไกรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 09 0248 2501 e-mail : dc.bkpho@gmail.com</p> <p>2. นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 042-492046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1263 6670 e-mail : korrer_bk@hotmail.com</p>

ตัวชี้วัดที่	9. ร้อยละการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของตำบลจัดการสุขภาพ
ยุทธศาสตร์ที่	1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence : PP&P excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100 (8 อำเภอ)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>การดำเนินงานของตำบลจัดการสุขภาพในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ตำบลมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ เพื่อแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยอุจจาระ/ปัสสาวะ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อายุ 15 ปีขึ้นไป ผู้ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับได้รับการรักษาและติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย 2. จัดการเรียนรู้ความรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเยาวชนคนรุ่นใหม่ สร้างพฤติกรรมกินปลาน้ำจืดสุกด้วยความร้อน สร้างนวัตกรรมอาหารปลอดภัยจากพยาธิในพื้นที่ กระบวนการจัดการความรู้ การจัดสิ่งแวดล้อม 3. การจัดการสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูลด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม/ข้อตกลงของชุมชน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนนำในการสนับสนุน 4. มีการสื่อสารสาธารณะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ดำเนินงาน <p>ตำบลในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ (โครงการพระราชดำริ) หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างเป็นระบบเพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลักต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ (<i>Opisthorchis viverrini</i>, OV) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ อายุ 15 ปีขึ้นไปในชุมชนและสถานศึกษา ของตำบลนาร่อง ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ต่อไปนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 การสำรวจ เก็บและตรวจอุจจาระประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ 1.2 การรักษาผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ(OV) 1.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ(OV) 1.4 การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย/ชุมชน องค์กรประชาชนสัมพันธ์ที่ได้รับความรู้ (สุขศึกษา) สร้างกระแสในชุมชนและสถานศึกษา เพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 1.5 มีระบบฐานข้อมูลและบันทึกข้อมูลการดำเนินงานทุกกิจกรรมในฐานข้อมูลที่กำหนด

***** หมายเหตุ :** พื้นที่ที่สามารถดำเนินกิจกรรมอื่นๆ เพื่อสนับสนุนงานเฝ้าระวังฯ ในพื้นที่ เช่น อบรมแกนนำนักเรียน/อสม. เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อบรมครู ข หลักสูตร OV-CCA ในสถานศึกษา และผลักดันให้นำไปใช้ในหลักสูตรการเรียนการสอน การเฝ้าระวังโรค หนองพยาธิในนักเรียนฯ

2. กิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma, CCA) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไปในชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรม ต่อไปนี้

2.1 การสำรวจประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในชุมชน

2.2 การตรวจอัลตราซาวด์กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี ณ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และออกพื้นที่ร่วมกับทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญคัดกรองในชุมชน

2.3 กรณีพบความผิดปกติ หรือมีอาการสงสัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ให้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลบึงกาฬเพื่อตรวจยืนยัน/รักษา

2.4 รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้สู่ศึกษา สร้างกระแสแก่ประชาชนในชุมชนและสถานศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี

2.5 บันทึกข้อมูลการดำเนินงานทุกกิจกรรมในฐานข้อมูลที่กำหนด

แบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) หมายถึง เครื่องมือสำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี ตามเกณฑ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น

กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 5 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

2. เคยกินปลาเกล็ดขาวดิบ

3. เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ

4. เคยกินปลาร้าดิบ

5. มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

ฐานข้อมูล R 506 หมายถึง ระบบสารสนเทศที่ใช้สำหรับการรายงานข้อมูลผลการตรวจอุจจาระค้นหาพยาธิใบไม้ตับ โดยให้รายงานผลที่ตรวจทั้งหมด ทั้งผลตรวจพบเชื้อและผลตรวจไม่พบเชื้อ ในฐานข้อมูล R 506 โดยใช้รหัส B 66.0 สำหรับผลตรวจทุกราย (เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2564)

ฐานข้อมูล Isan Cohort หมายถึง ระบบสารสนเทศทางสุขภาพ ภายใต้โครงการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Cholangiocarcinoma Screening and Care Program: CASCAP) โดยมุ่งเน้นให้หน่วยงานระดับพื้นที่ได้จัดการข้อมูลการดำเนินงานโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ สร้างองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ และเชื่อมโยงกับการทำงานตามปกติของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข สะดวกและเกิดประโยชน์ทั้งด้านการวิจัย และการดำเนินงานประจำ รวมทั้งการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ (ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งท่อน้ำดีระดับโรงพยาบาล (รพท/รพช))

	<p>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) ทุกแห่ง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ตำบลใช้โปรแกรมและบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล Isan Cohort</p> <p>***หมายเหตุ : ช่องทาง web site https://cloud.cascap.in.th</p> <p>คณะทำงาน OVCCA ระดับอำเภอ หมายถึง คณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรทางการแพทย์ เกษีชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขของโรงพยาบาล (รพท/รพช) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 3. สถานศึกษา 4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) <u>หรือ</u> 5. กลุ่มแม่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>1.ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ตำบลต้นแบบในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ</p> <p>2.ประชากรกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ ประชาชน อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>เก็บข้อมูลจากโปรแกรมฐานข้อมูลผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชพร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าฯพระบรมราชินีนาถทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา (Isan Cohort)</p>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>โปรแกรมฐานข้อมูลผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชพร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าฯพระบรมราชินีนาถทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา (Isan Cohort)</p>
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนตำบลที่ดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p>
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = จำนวนตำบลเป้าหมาย</p>
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>$(A/B) \times 100$</p>
<p>ระยะเวลาประเมิน</p>	<p>ติดตามผล</p> <p>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564</p> <p>รอบที่ 2 : มีนาคม 2564 – สิงหาคม 2564</p>

เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 1

ขั้นตอนที่	เกณฑ์การให้คะแนน			
1	แผนงาน/คำสั่ง			
	กิจกรรมดำเนินงาน	เกณฑ์คะแนน		
		0.00	0.50	
	1.1 มีแผนงาน/โครงการ OVCCA	ไม่มี	มี	
	1.2 จัดทำคำสั่งคณะทำงาน OVCCA ระดับอำเภอครบทุกองค์ประกอบ	ไม่มี	มี	
2	ประชุมคณะทำงาน OVCCA ระดับอำเภอ			
	กิจกรรมดำเนินงาน	เกณฑ์คะแนน		
		0.00	0.50	
	2.1 นำข้อมูลจากฐานข้อมูล Isan cohort หรือผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อทบทวนวิเคราะห์สภาพปัญหา OVCCA ระดับพื้นที่	ไม่มี	มี	
	2.2 หาหรือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาภัยร่วมกันพร้อมระบุหน่วยงานรับผิดชอบ	ไม่มี	มี	
3	มีกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ			
	กิจกรรมดำเนินงาน	เกณฑ์คะแนน		
		0.00	0.25	0.50
	3.1 สํารวจ เก็บและตรวจอุจจาระประชาชนกลุ่มเสี่ยง OV	ไม่มี	มี	
	3.2 รักษาผู้ติดเชื้อ OV ด้วยยา	ไม่มี	มี	
	3.3 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง OV	ไม่มี	มี	
4	การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย/ชุมชน			
	กิจกรรมดำเนินงาน	เกณฑ์คะแนน		
		0.00	0.50	
	4.1 รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ (สุขศึกษา) สร้างกระแสในชุมชน เรื่อง “กินสุกก็แช่บ ปลอดภัยใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี”	ไม่มี	มี	
	4.2 รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ (สุขศึกษา) สร้างกระแสในสถานศึกษา เรื่อง “กินสุกก็แช่บ ปลอดภัยใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี”	ไม่มี	มี	
5	ระบบฐานข้อมูล			
	กิจกรรมดำเนินงาน	เกณฑ์คะแนน		
		0.00	0.50	
	5.1 บันทึกข้อมูลการตรวจอุจจาระในฐานข้อมูล R 506	ไม่มี	มี	
	5.2 บันทึกข้อมูลการตรวจอัลตราซาวด์ในฐานข้อมูล Isan Cohort	ไม่มี	มี	

...

แนวทางการประเมินผล รอบที่ 1

ระดับ คะแนน	กิจกรรม	แหล่งข้อมูล/หลักฐานประกอบ
1.	<p>แผนงาน/คำสั่ง</p> <p>1.1 จัดทำแผนงาน/โครงการสนับสนุนการดำเนินงาน OVCCA</p> <p>1.2 จัดทำคำสั่งคณะทำงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีครอบคลุมทุกองค์ประกอบ</p>	<p>1. สำเนาแผนงาน/โครงการ</p> <p>2. สำเนาคำสั่งฯ</p>
2.	<p>ประชุมคณะกรรมการ OVCCA ระดับอำเภอ (อย่างน้อย 1 ครั้ง) ครอบคลุมเนื้อหาการประชุม ดังนี้</p> <p>1. นำข้อมูลจากฐานข้อมูล Isan cohort หรือผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อทบทวนวิเคราะห์สภาพปัญหา OVCCA ระดับพื้นที่</p> <p>2. ทหาหรือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาหารือร่วมกันพร้อมระบุหน่วยงานรับผิดชอบ</p>	<p>1. ระเบียบวาระการประชุม หน่วยราชการระดับอำเภอ/ ตำบลหรือหนังสือเชิญประชุม หรือใบลงทะเบียน</p> <p>2. รายงานสรุปผลการประชุม</p> <p>3. ฐานข้อมูล Isan cohort</p>
3.	<p>กิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ</p> <p>3.1 สํารวจ เก็บและตรวจอุจจาระประชาชนกลุ่มเสี่ยงOV</p> <p>3.2 การรักษาผู้ติดเชื้อ OV ด้วยยา</p> <p>3.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง OV</p>	<p>1. ฐานข้อมูล Isan cohort</p> <p>2. หนังสือสรุปผลการดำเนิน กิจกรรมแนบภาพถ่ายนำเรียน นพ.สสจ.บึงกาฬ</p>
4.	<p>การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย/ชุมชน</p> <p>4.1 รมรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ (สุขศึกษา) สร้าง กระแสในชุมชน เรื่อง “ไม่กินปลาเกล็ดขาวดิบ-มะเร็ง ท่อน้ำดี-ขับถ่ายลงส้วม”</p> <p>4.2 รมรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ (สุขศึกษา) สร้าง กระแสในสถานศึกษา เรื่อง “ไม่กินปลาเกล็ดขาวดิบ- มะเร็งท่อน้ำดี-ขับถ่ายลงส้วม”</p>	<p>หนังสือสรุปผลการดำเนิน กิจกรรมพร้อมแนบภาพถ่ายนำ เรียนต่อ นพ.สสจ.บึงกาฬ</p> <p>หนังสือสรุปผลการดำเนิน กิจกรรมพร้อมแนบภาพถ่ายนำ เรียนนพ.สสจ.บึงกาฬ</p>
5.	<p>ระบบฐานข้อมูล</p> <p>5.1 บันทึกข้อมูลการตรวจอุจจาระในฐานข้อมูล R 506</p> <p>5.2 บันทึกข้อมูลการตรวจอัลตราซาวด์ในฐานข้อมูล Isan Cohort</p>	<p>ฐานข้อมูล R 506 และ ฐานข้อมูล Isan cohort</p>

เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 2

กิจกรรมดำเนินงาน	นน.	เกณฑ์การให้คะแนน					คะแนน ที่ได้ (Ci)	คะแนน ถ่วง น้ำหนัก (WixCi)
		1	2	3	4	5		
1. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง OV ได้รับการตรวจจุงจาระ		60	70	80	90	100	C1	W1xC1
2. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง OV ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		80	85	90	95	100	C2	W2xC2
3. ร้อยละของผู้ติดเชื้อ OV ได้รับการรักษา		80	85	90	95	100	C3	W3xC3
4. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง CCA ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ และรักษา		80	85	90	95	100	C4	W4xC4
5. ร้อยละของหมู่บ้านได้รับความรอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Health Literate Community)		80	85	90	95	100	C5	W5xC5
รวม							$\Sigma(WixCi)$	

สูตรคำนวณ

1. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง OV ได้รับการตรวจจุงจาระ

$$= \frac{\text{จำนวนกลุ่มเสี่ยง OV ที่ได้รับการตรวจจุงจาระ}}{\text{จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง OV ทั้งหมด}} \times 100$$

2. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง OV ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

$$= \frac{\text{จำนวนกลุ่มเสี่ยง OV ที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม}}{\text{จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง OV ทั้งหมด}} \times 100$$

3. ร้อยละของผู้ติดเชื้อ OV ได้รับการรักษา

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ติดเชื้อ OV ที่ได้รับการรักษา}}{\text{จำนวนผู้ติดเชื้อ OV ทั้งหมด}} \times 100$$

4. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง CCA ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์และรักษา

$$= \frac{\text{จำนวนกลุ่มเสี่ยง CCA ที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์และรักษา}}{\text{จำนวนกลุ่มเสี่ยง CCA ทั้งหมด}} \times 100$$

5. ร้อยละของหมู่บ้านได้รับความรอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Health Literate Community)

$$= \frac{\text{จำนวนหมู่บ้านได้รับความรอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี}}{\text{จำนวนหมู่บ้านทั้งหมดในอำเภอ}} \times 100$$

แนวทางการประเมินผล

ระดับ	กิจกรรม	แหล่งข้อมูล/หลักฐานประกอบ
1	ตรวจอาการกลุ่มเสี่ยง OV ด้วยกล้องจุลทรรศน์	ฐานข้อมูล R 506
2	กลุ่มเสี่ยง OV ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้สุขศึกษา	แบบสรุปผลการดำเนินงานกิจกรรม พร้อมแนบภาพถ่ายกิจกรรมนำ
3	ผู้ติดเชื้อ OV ได้รับการรักษา	ฐานข้อมูล R 506
4	กลุ่มเสี่ยง CCA ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์และรักษา	ฐานข้อมูล Isan cohort
5	หมู่บ้าน/ชุมชนได้รับความรอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	1. แผนการดำเนินงาน 2. แบบรายงานผลการดำเนินงาน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
			2561	2562	2563
	ร้อยละของตำบลในการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ	ร้อยละ	100	100	100
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	<p>1. นางสาวหทัยกาญจน์ ยางศรี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์: 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่: 08 9395 3114 e-mail: dc.bkpho@gmail.com</p> <p>2. นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1263 6670 e-mail : korrer_bk@hotmail.com</p>				

ชื่อตัวชี้วัด	10.ระดับความสำเร็จของการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับอำเภอ
ยุทธศาสตร์ที่	1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence : PP&P excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>1. โรคไข้เลือดออก หมายถึง โรคที่ได้รับการวินิจฉัยอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกและ/หรือมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการว่าป่วยด้วยไข้เลือดออกทุกกลุ่มอาการ ได้แก่ Dengue Fever (DF), Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) และ Dengue Shock Syndrome (DSS)</p> <p>2. ค่ามัธยฐาน 5 ปี หมายถึง ค่ามัธยฐาน จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก แต่ละอำเภอ นับจาก ปี 2559 – 2563 (ข้อมูลจากรายงาน 506) ในช่วงเวลาเดียวกัน</p> <p>3. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่เดือนมกราคม – สิ้นเดือนก่อนเดือนที่มีการประเมิน $\times 100,000$/จำนวนประชากรกลางปี 2561</p> <p>4. อัตราตายโรคไข้เลือดออก หมายถึง จำนวนผู้เสียชีวิตโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่เดือนมกราคม–สิ้นเดือนก่อนเดือนที่มีการประเมิน $\times 100,000$/จำนวนประชากรกลางปี 2564</p> <p>5. การเฝ้าระวังโรค หมายถึง การติดตาม สังเกต พิสูจน์พิจารณา ลักษณะการเปลี่ยนแปลง ของการเกิด การกระจายของโรค หรือปัญหาสาธารณสุขรวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ อย่างต่อเนื่อง ด้วยกระบวนการที่เป็นระบบ ประกอบด้วย การรวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์แปลผล และกระจายข้อมูลข่าวสารสู่ผู้ใช้ ประโยชน์ เพื่อการวางแผน กำหนดนโยบาย การปฏิบัติงาน และการประเมินมาตรการควบคุมป้องกันโรคอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ</p> <p>6. การควบคุมโรค หมายถึง การลดอัตราการเกิดโรคให้ต่ำลงในระดับที่ไม่เป็นปัญหาหรือควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรค ซึ่งจะเป็นผลทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพที่รุนแรงขึ้นในชุมชน</p> <p>7. สอบสวนโรค คือ กระบวนการสอบสวนหาสาเหตุของการเกิดโรค พร้อมเขียนรายงานสอบสวนโรคตามเกณฑ์ทางระบาดวิทยา</p> <p>8. การเกิดโรค Generation ที่ 2 หมายถึง การนับรุ่นของการเกิดโรคในผู้ป่วย โดยนับระยะเวลาเป็น 2 เท่าของระยะฟักตัวที่ยาวที่สุด (14 วัน) นับจากวันเริ่มป่วยในหมู่บ้าน/ชุมชนเดียวกัน</p> <p>9. หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง</p>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกรายอำเภอ จังหวัดบึงกาฬ (เป้าหมายปี 2564 : ค่ามัธยฐาน 59-63)

คิดจากค่ามัธยฐานรายเดือน ปีพ.ศ.2559-2563

ลำดับ	อำเภอ	DF + DHF + DSS ปี พ.ศ.					Med. 59-63	ประชากร	อัตราป่วย	ปี 64 (ลด 10%) ไม่เกิน	
		2559	2560	2561	2562	2563				ราย	อัตรา
1	เมืองบึงกาฬ										
1	พรเจริญ										
3	โซ่พิสัย										
4	เซกา										
5	ปากคาด										
6	บึงโขงหลง										
7	ศรีวิไล										
8	บึงค้อ										
จังหวัดบึงกาฬ											

ที่มา : โปรแกรมรายงานโรค R 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

หมายเหตุ การคิดมัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง ของแต่ละอำเภอ ไม่ได้คิดจากผลรวมของมัธยฐานแต่ละปี แต่คิดจากค่ามัธยฐาน รายเดือนของแต่ละปีมารวมกัน แล้วจึงคิดเป้า 10 %

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งดำเนินการพัฒนามาตรฐานงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS) ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทีมปฏิบัติการควบคุมโรค 8 อำเภอของจังหวัดบึงกาฬ
สูตรคำนวณ	<ol style="list-style-type: none"> อัตราป่วย = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก} \times 100,000}{\text{ประชากรทะเบียนราษฎร}}$ ค่าเป้าหมายลดโรค = $\frac{\text{ค่ามัธยฐานปี (59-63)} - \text{อัตราป่วยปี 64}}{\text{ค่ามัธยฐานปี 59-63}} \times 100$
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมรายงานโรค R 506 ของกองระบาดวิทยา และโปรแกรมรายงานโรค R 506 Dashboard ของเขตสุขภาพที่ 8
ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> - ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 2 และ 4 - ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกเดือน

--	--

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ชั้นตอนที่ 1	ชั้นตอนที่ 2 และ 3	ชั้นตอนที่ 4	ชั้นตอนที่ 5

...

วิธีการประเมินผล :

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน :

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ชั้นตอนที่ 1	ชั้นตอนที่ 1-2	ชั้นตอนที่ 1-3	ชั้นตอนที่ 1-4	ชั้นตอนที่ 1-5

โดย หน่วยบริการทุกแห่งพัฒนามาตรฐานงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก โดยกำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ และความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ชั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล
1	ระบบงาน - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ - มีการจัดทำข้อมูลสถานการณ์ไข้เลือดออกระดับตำบล/อำเภอ พร้อม mapping ผู้ป่วยไข้เลือดออก - มีแผนงาน/ โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	เอกสารตามบัญชีรายการ
2	บุคลากร - บุคลากรสาธารณสุขในทุกหน่วยบริการสาธารณสุข ได้รับการประชุม/อบรมเรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมและรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก	ภาพกิจกรรมประกอบในสรุปการอบรม
3	กิจกรรมควบคุมโรค - มีการรณรงค์สุขภาพและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและประเมินความรอบรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชน - มีการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายและกำจัดลูกน้ำยุงลายให้ไม่เกินค่ามาตรฐาน - ชุมชน/หมู่บ้านมีค่า HI < 10 - โรงเรียน หน่วยงาน องค์กร ภาครัฐ ภาคเอกชน มีค่า CI = 0 - โรงพยาบาลภาครัฐมีค่า CI = 0 - มีการแจ้ง/รายงานให้ทีมปฏิบัติการควบคุมโรค ออกดำเนินการสอบสวน ป้องกันและควบคุมโรคตามมาตรฐาน 331 - มีรายงานการสอบสวนโรค	หลักฐานการปฏิบัติงาน
4	การรักษาพยาบาล - ผู้ป่วยไข้เลือดออกได้รับการวินิจฉัย และได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน - ไม่มีผู้ป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก	มาตรฐานการรักษา รายงานการตายด้วยโรคไข้เลือดออก

	<p>5 อัตราป่วย -อัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกลดลง \geq ร้อยละ 10 ของ ค่ามัธยฐานปี 2559-2563</p>	<p>ข้อมูลสรุปรายการ</p>
<p>หมายเหตุ อำเภอใดไม่มีผู้ป่วย จะประเมินกิจกรรมขั้นตอนที่ 1-3 ให้ 5 คะแนน</p>		
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. แผนงาน/โครงการ 2. คำสั่ง/รายงานการประชุม/การอบรม 3. บันทึกกิจกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 4. ทะเบียนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 5. บันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย/การส่งต่อผู้ป่วย 6. บันทึกการให้สุขศึกษา/ประชาสัมพันธ์ 7. ภาพกิจกรรมการรณรงค์/การดำเนินงาน 	
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. นายยุทธภูมิ มาศขาว นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 06 2137 2258 e-mail : dc.bkpho@gmail.com 2. นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 042-492046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1263 6670 e-mail : korror_bk@hotmail.com 	

ตัวชี้วัดที่	11.ระดับความสำเร็จการดำเนินงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
ยุทธศาสตร์ที่	1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence: PP&P excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงคุณภาพ
หน่วยวัด	ระดับคะแนน
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>1. ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ วิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น ๆ</p> <p>2. กิจกรรมพัฒนาบุคลากร หรือจัดการความรู้ของ SAT หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยพัฒนาความรู้และทักษะระหว่างการทำงาน เช่น การประชุมวิชาการ หรือเชิงปฏิบัติการ หรือประชุมถอดบทเรียนในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับภารกิจของ SAT ได้แก่ การรับแจ้งเหตุการณ์ (Notification) การตรวจสอบและยืนยัน (Verification) วิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) การรายงานต่อ (Reporting) และอื่น ๆ</p> <p>3. เครื่องมือ และอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ดังนี้ เครื่องคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต เครื่องพิมพ์ โทรศัพท์ เครื่องโทรสาร อุปกรณ์สำนักงาน และอื่น ๆ</p> <p>4. คู่มือ แนวทางปฏิบัติงาน โปรแกรมหรือแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูล เพื่อการเฝ้าระวัง ตรวจสอบข่าวตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง คู่มือ แนวทางปฏิบัติงาน โปรแกรมหรือแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -รายชื่อ และนิยามของโรค ภาวะทางสุขภาพ หรือเหตุการณ์ที่จำเป็นต้องเฝ้าระวัง <p>เช่น</p> <p>โรคตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558</p> <ul style="list-style-type: none"> -เกณฑ์ของเหตุการณ์ที่ต้องทำการตรวจสอบข่าว -เกณฑ์ Director Critical Information Requirement (DCIR) -เกณฑ์ของเหตุการณ์ที่ต้องทำการสอบสวนโรค -แนวทางการประเมินความเสี่ยง -แนวทางการจัดทำ spot report -โปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด/แบบฟอร์มรับแจ้งข่าว/ทะเบียนรับแจ้งข่าว -แนวทางปฏิบัติงานของทีม SAT เอกสารดังกล่าวอยู่ในรูปแบบใดก็ได้ เช่น คู่มือ รูปเล่มแนวทางหนังสือมาตรฐาน SOP/ ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์/ แฟ้มเอกสาร ฯลฯ <p>5. ฐานข้อมูลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน หมายถึง ข้อมูลที่พร้อมใช้ในการประมวลผล เพื่อประเมินสถานการณ์และประกอบการตัดสินใจ ได้แก่ ข้อมูลเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ</p>

5 กลุ่มโรค 5 มิติ (ได้แก่ ป่วย/ตาย สาเหตุหรือปัจจัย พฤติกรรม มาตรการ การเฝ้าระวัง เหตุการณ์) ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรค (ได้แก่ จำนวนสถานพยาบาล จำนวนบุคลากร เติงผู้ป่วยรถฉุกเฉิน วัคซีน เครื่องพ่นยา และอื่น ๆ) และข้อมูลอื่น ๆ เช่น ข้อมูลภูมิศาสตร์ ประชากร ฯลฯ

6. โรคและภัยสุขภาพที่มีความสำคัญในพื้นที่ (Priority diseases) หมายถึง โรคหรือภัยสุขภาพที่มีความสำคัญสูงซึ่งทุกพื้นที่ในประเทศไทยจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพื่อตรวจจับ สอบสวน และควบคุมการระบาดอย่างทันที่ รวมถึงโรคหรือภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญเฉพาะพื้นที่ซึ่งได้มาจากการประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยพื้นที่เอง

7. การค้นหาและตรวจจับความผิดปกติของโรคหรือภัย หมายถึง การค้นหาความผิดปกติของโรค หรือเหตุการณ์ จากข้อมูล 4 แหล่ง

7.1 ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย (เช่น รง. 506 EIDSS รายงาน 43 แฟ้ม ฐานข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาล และอื่น ๆ) ทุกสัปดาห์

7.2 ระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์จากเครือข่าย

7.3 ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากหน่วยงานภายนอก เช่น กรมปศุสัตว์ กรมควบคุมมลพิษ กรมอุตุฯ มหาวิทยาลัย

7.4 แหล่งข่าวอื่น ๆ เช่น เว็บไซต์

8. การตรวจสอบข่าว (Verification) หมายถึง การตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคตามเงื่อนไขการตรวจสอบข่าว Director Critical Information Requirement (DCIR)

9. ประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) หมายถึง การประเมินเหตุการณ์หรือสถานการณ์โดยควรพิจารณาประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

-มีความรุนแรงและมีโอกาสที่จะขยายตัวหรือส่งผลกระทบต่อวงกว้าง

-ประชาชนกลุ่มที่สัมผัสหรือมีความเสี่ยงมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วย/รุนแรง

-สภาพอากาศ ภูมิประเทศ เอื้ออำนวยต่อการขยายตัวของโรคหรือปัญหาหรือไม่

-ความพร้อมในการรับมือกับโรคหรือปัญหานั้น ๆ

-มาตรการควบคุมโรคที่ต้องดำเนินการโดยเร่งด่วน

10. รายงานการตรวจสอบข่าวการระบาดประจำสัปดาห์ (Outbreak Verification Report) หมายถึง การตรวจสอบข่าวการระบาดของโรค ตามเงื่อนไขการตรวจสอบข่าว Director Critical Information Requirement (DCIR)

11. รายงานประเมินสถานการณ์ประจำสัปดาห์ หมายถึง รายงานสรุปเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นในรอบสัปดาห์ อาจมีข้อมูลอื่นเพิ่มเติม เช่น การประเมินความเสี่ยง การพยากรณ์โรค และข้อเสนอแนะ

12. รายงานเหตุการณ์เบื้องต้นเสนอผู้บริหาร (Spot Report) ที่มีความครบถ้วน หมายถึง จำนวนรายงานเหตุการณ์เบื้องต้นเสนอผู้บริหาร (Spot Report) เปรียบเทียบกับจำนวนเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์ DCIR ทั้งหมดในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
1.จำนวนรายงานการตรวจสอบข่าวการ ระบอบประจำสัปดาห์	ครั้ง	0	0	0
2. จำนวนรายงานเหตุการณ์เบื้องต้นเสนอ ผู้บริหาร	เหตุการณ์	0	0	0
...				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ระดับอำเภอ (Situation Awareness Team: SAT) จำนวน 8 อำเภอ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงาน			
แหล่งข้อมูล	-รายงาน -เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนรายงานเหตุการณ์เบื้องต้นเสนอผู้บริหาร (Spot Report) ในรอบ 1 ปี			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์ DCIR ทั้งหมดในรอบ 1 ปี			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละการรายงานเหตุการณ์เบื้องต้นเสนอผู้บริหาร = (A/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : มีนาคม 2564 – สิงหาคม 2564			
เกณฑ์การประเมิน :				
การประเมินผล :				
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5
ขั้นตอน ที่	รายละเอียดการดำเนินงาน			เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
1	-มีคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) ที่มีรายชื่อเป็นปัจจุบันร้อยละ 80 ขึ้นไป และกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกทีมอย่างชัดเจน			รายงานผลการดำเนินงาน
2	-สมาชิกทีมร้อยละ 80 ขึ้นไป ได้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาบุคลากรหรือจัดการความรู้ของ SAT อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			รายงานผลการดำเนินงาน
3	-มีช่องทางการติดต่อสื่อสารกับเครือข่าย เช่น หมายเลขโทรศัพท์ไลน์ หรืออื่น ๆ ได้ตลอดเวลา -มีเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ที่กำหนด -มีคู่มือแนวทางปฏิบัติงาน โปรแกรมหรือแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูล เพื่อการเฝ้าระวังตรวจสอบข่าวตามเกณฑ์ที่กำหนด			รายงานผลการดำเนินงาน -คู่มือแนวทางปฏิบัติงาน -โปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล

4	-มีการตรวจสอบข่าวการระบาดประจำสัปดาห์ (Outbreak Verification Report) จากการจัดทำทะเบียนรับแจ้งข่าว หรือรับรายงานการเกิดโรค/ภัย/เหตุการณ์ผิดปกติที่เป็นปัญหาสำคัญ	-ทะเบียนรับแจ้งข่าวการเกิดโรคภัย
5	-มีรายงานเหตุการณ์เบื้องต้นเสนอผู้บริหาร (Spot Report) ที่มีความครบถ้วน ร้อยละ 80 ขึ้นไป	-รายงานผลการดำเนินงาน -รายงานเหตุการณ์เบื้องต้นเสนอผู้บริหาร (Spot Report)
เอกสารสนับสนุน :		มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานที่มเฝ้าระวัง สอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2563
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางสาววิไลวรรณ ปัดถา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 06 5945 5638 e-mail: dc.bkpho@gmail.com</p> <p>2. นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 042-492046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1263 6670 e-mail : korror_bk@hotmail.com</p>	

ตัวชี้วัดที่	12.ระดับความสำเร็จการดำเนินงานทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (Joint investigation Team: JIT) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
ยุทธศาสตร์ที่	1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence: PP&P excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงคุณภาพ
หน่วยวัด	ระดับคะแนน
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>1. ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค (Joint Investigation Team: JIT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการเฝ้าระวังสอบสวน ควบคุมโรคหรือภัยสุขภาพ โดยสามารถอธิบายการกระจาย การเกิดโรคตามบุคคล เวลา สถานที่ สามารถค้นหาสาเหตุและแหล่งรังโรค เพื่อนำไปสู่การควบคุมและป้องกัน พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติการกลับไปยังผู้บริหาร และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ ได้อย่างทันท่วงที ตัวอย่างการจัดบทบาทหน้าที่ใน JIT เป็นเวรประจำสัปดาห์</p> <p>2. ทีมมีแผนงาน/โครงการ หมายถึง แผนงาน/โครงการในการพัฒนาบุคลากร หรือแผนการจัดการความรู้ของ JIT เช่น ทำเป็นโครงการของหน่วยงานเอง หรือร่วมทำโครงการกับหน่วยงานอื่น หรือเป็นเอกสารที่แสดงกิจกรรมการพัฒนา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเขียนในรูปแบบโครงการ</p> <p>3. หลักสูตรระบาดวิทยา 20 ชั่วโมง หมายถึง หลักสูตรระบาดวิทยาที่มีการบรรยายและฝึกปฏิบัติ ด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรค และการเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 20 ชั่วโมง หากมีการอบรมหลักสูตรสอบสวนการบาดเจ็บ หรือสอบสวนโรคจากการ ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมควรมีเนื้อหาของหลักสูตรระบาดวิทยาการเฝ้าระวัง การสอบสวน และการเก็บตัวอย่าง/หลักฐานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>4. กิจกรรมพัฒนาบุคลากร หรือจัดการความรู้ หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยพัฒนาความรู้ และทักษะ ระหว่างการปฏิบัติงาน เช่น การประชุมวิชาการ หรือเชิงปฏิบัติการ หรือประชุมถอดบทเรียน ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับภารกิจของทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ</p> <p>5. การบริหารจัดการของที่ปรึกษาทีม แสดงออกได้หลายลักษณะ เช่น เป็นประธานในการประชุมทีม</p> <ul style="list-style-type: none"> -จัดการแก้ไขปัญหาให้กับทีม -จัดสรรสิ่งสนับสนุนให้กับทีม -นำทีมออกสอบสวนโรค (แล้วแต่กรณี) -อำนวยความสะดวกกับขณะทีมออกปฏิบัติงาน รวมถึงการระดมทีมเสริม -ขอทราบผลการสอบสวน <p>6. ผู้ประสานงานทีม หมายถึง ผู้แทนของทีมในการติดต่อสื่อสารทั้งในและนอกเวลาราชการ ในการ ประสานงานการจัด JIT ออกปฏิบัติงาน</p>

	<p>7. ยานพาหนะที่สามารถนำออกปฏิบัติงานได้ทันที พิจารณาจากระเบียบหรือหลักเกณฑ์การใช้ยานพาหนะที่หน่วยงานควรกำหนดให้การสอบสวนและควบคุมการระบาดเป็นกรณีเร่งด่วนที่ต้องใช้รถยนต์ พร้อมพนักงานขับรถโดยไม่ต้องขออนุญาตใช้รถล่วงหน้าตามลำดับปกติหรืออำนาจ ความสะดวกในการเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับยานพาหนะส่วนตัวที่นำมาใช้ในงาน</p> <p>8. มีวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ที่จำเป็นต่อการสอบสวนโรคตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งวัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล เป็นเกณฑ์ที่หน่วยงานกำหนดขึ้นเองจากปัญหา โรคร้ายที่สำคัญ (Priority diseases) อาจพิจารณาร่วมกับรายการที่กรมควบคุมโรค และหน่วยงาน ต่าง ๆ ได้จัดทำขึ้นก็ได้ หมายถึง</p> <p>9. มีอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (PPE) ตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง มีอุปกรณ์ที่ป้องกันร่างกาย ส่วนบุคคล (PPE; ชุดหมี หรือชุดกาวน์กันน้ำ) level C สำหรับสมาชิกทีม</p> <p>10. มีคู่มือ แนวทางปฏิบัติงาน เพื่อการสอบสวนและควบคุมโรคขั้นต่ำ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ด้านกฎหมาย (พระราชบัญญัติโรคติดต่อพ.ศ. 2558 และอนุบัญญัติกฏอนามัยระหว่างประเทศ) หนังสือแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 2) หนังสือพื้นฐานระบาดวิทยา <p>11. การฝึกปฏิบัติ ทักษะที่จำเป็นในการสอบสวนโรค หมายถึง การพัฒนาทักษะของ JIT อาจเป็นการ เช่น ซ้อมตรวจสอบความพร้อมของสิ่งสนับสนุน ซ้อมเก็บวัตถุตัวอย่างซอมสวม/ถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (PPE) ซ้อมติดต่อสื่อสาร และฝึกซ้อมรับมือเหตุการณ์</p> <p>12. การฝึกซ้อมแผนการสอบสวนโรคหรือภัยสุขภาพที่สำคัญของหน่วยงาน เป็นการทดสอบความเหมาะสมของการสอบสวนโรคหรือภัยสุขภาพ และหาจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง อาจเป็นการฝึกซ้อมแผนบนโต๊ะ (Table Top Exercise) การฝึกซ้อมเฉพาะหน้าที่ (Functional Exercise) การฝึกซ้อมเต็มรูปแบบ (Full-Scale Exercise)</p> <p>13. ร่วมซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขหน่วยงานอื่น หมายถึง การร่วมกิจกรรมในการฝึกซ้อมตามบทบาทของ JIT ทั้งที่มีหรือบางส่วน เช่น การซ้อมแผนรับมืออุบัติเหตุต้องแสดงบทบาทของการสอบสวนการบาดเจ็บและประเมินผลการปฏิบัติงานของ JIT โดยเฉพาะหน่วยงานอื่น หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) หน่วยงานด้านสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยงานของ JIT เอง 2) หน่วยงานกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้อง <p>14. เกณฑ์การออกสอบสวนควบคุมโรค/ภัยสุขภาพ หมายถึง เกณฑ์ที่ตรวจสอบได้ว่าโรคหรือกรณีใดที่จะออกสอบสวน เช่น โรคตามนโยบายของผู้บริหารหรือที่ผู้บริหารสนใจ หมายถึง โรคใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อน</p> <p>15. กระบวนการสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีการรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยาของผู้ป่วย ได้ข้อมูลสาระสำคัญครบถ้วน -มีการเก็บและนำส่งวัตถุตัวอย่างได้ถูกต้องและเหมาะสม -มีการกำหนดนิยามผู้ป่วย และผู้สัมผัสได้อย่างถูกต้อง -มีการเลือกใช้วิธีการศึกษาทางระบาดวิทยาที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ -มีการใช้สถิติรวมถึงการนำเสนอข้อมูลและการแปลผลที่ถูกต้อง
--	---

	<p>16. การสอบสวนและควบคุมโรคที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ หมายถึง ได้ผลตาม 2 ใน 3 ข้อ ได้แก่</p> <p>ก. หาสาเหตุได้ หรือ ยืนยันได้ด้วยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ สรุปลักษณะได้จากการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา</p> <p>ข . อธิบายปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การบาดเจ็บ หรือการระบาดได้ ถ้าเป็น common source สามารถหาแหล่งโรค หรือรังโรค หรือที่มาของการระบาดได้</p> <p>ค. สามารถดำเนินการมาตรการที่เหมาะสม สอดคล้องกับสาเหตุการเกิดโรคและมาตรฐานทางวิชาการของโรคนั้น ๆ</p> <p>17. มีการสอบสวนโรคทันเวลาตามที่กำหนด</p> <p>1) มีการสอบสวนโรคทันเวลา ร้อยละ 60–79</p> <p>2) มีการสอบสวนโรคทันเวลา ร้อยละ 80 ขึ้นไป</p> <p>มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้น ภายใน 48 ชั่วโมง</p> <p>1) มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นทันเวลา ร้อยละ 60–79</p> <p>2) มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นทันเวลา ร้อยละ 80 ขึ้นไป</p>
--	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
1. จำนวนเหตุการณ์สอบสวนโรคที่มีการสอบสวนทันเวลาที่กำหนด	ครั้ง	0	0	0
2. จำนวนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นที่มีการสอบสวนทันเวลา	ครั้ง	0	0	0

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค (Joint Investigation Team: JIT)) จำนวน 8 อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	- รายงาน - เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์
รายการข้อมูล 1	A1=จำนวนครั้งที่สอบสวนโรคทันเวลาที่กำหนด A2=จำนวนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นที่มีการสอบสวนทันเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด (Event)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละความครอบคลุมการสอบสวนโรคที่ทันเวลาที่กำหนด = $(A1/B) \times 100$ 2. ร้อยละความครอบคลุมการเขียนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นที่ทันเวลาที่กำหนด = $(A2/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : มีนาคม 2564 – สิงหาคม 2564
เกณฑ์การประเมิน :	

เกณฑ์การประเมินผล :				
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5
ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน			เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล
1	-จัดตั้งทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค (Joint Investigation Team: JIT) ที่มีรายชื่อเป็นปัจจุบันร้อยละ 80 ขึ้นไป และกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกทีมอย่างชัดเจน -มีแผนงาน/โครงการ ตารางเวร			รายงานผลการดำเนินงาน
2	-สมาชิกทีมร้อยละ 80 ขึ้นไป ได้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาบุคลากรหรือจัดการความรู้ และผ่านการอบรมหลักสูตรระดับวิทยา 20 ชั่วโมง -มีการบริหารจัดการของที่ปรึกษาทีม			รายงานผลการดำเนินงาน
3	-มีวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ที่จำเป็นต่อการสอบสวนโรค ตามเกณฑ์ที่กำหนด -คู่มือ แนวทางปฏิบัติงาน เพื่อการสอบสวนและควบคุมโรคขั้นต่ำ -การฝึกซ้อมแผนการสอบสวนโรคหรือภัยสุขภาพที่สำคัญของหน่วยงาน			รายงานผลการดำเนินงาน
4	การสอบสวนและควบคุมโรคที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80			รายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ -หาสาเหตุได้ หรือ ยืนยันได้ -อธิบายปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคได้ -สามารถดำเนินการมาตรการที่เหมาะสม
5	-มีการสอบสวนโรคทันเวลาตามที่กำหนดและเขียนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้น ภายใน 48 ชั่วโมง ทันเวลา ร้อยละ 80 ขึ้นไป			รายงานผลการดำเนินงาน
...				
เอกสารสนับสนุน :	มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวัง สอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2563			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	<p>1. นางสาววิไลวรรณ ปัตถา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 06 5945 5638 e-mail: dc.bkpho@gmail.com</p> <p>2. นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1263 6670 e-mail : korror_bk@hotmail.com</p>			

ตัวชี้วัดที่	13. ร้อยละการเข้าถึงมาตรฐานตัวชี้วัดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC assessment tools) ตามแนวทางระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS)
ยุทธศาสตร์ที่	1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence: PP&P excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงคุณภาพ
หน่วยวัด	ระดับคะแนน
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>1. ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงาน หมายถึง หน่วยงาน สามารถดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 - 5</p> <p>2. ภัยสุขภาพ หมายถึง สถานการณ์ สภาวะการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณสุขภัยที่เกิดขึ้น และก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายถึง รวมถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน ตามปกติของบุคคล</p> <p>3. ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operations Center : PHEOC) หมายถึง สถานที่ซึ่งเป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่ออำนวยความสะดวก ส่งเสริมประสานงาน สนับสนุนการบริหาร แลกเปลี่ยนข้อมูล จัดสรรและกระจายทรัพยากรทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขด้วย</p> <p>4. Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนเผชิญเหตุที่ถูกจัดทำในขณะที่เกิดเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับแต่ละช่วงเวลาปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เป้าหมายการปฏิบัติการ ห้วงระยะเวลาปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์และกลวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ</p> <p>5. ระบบ Web EOC (Web Emergency Operation Center) หมายถึง ระบบบริหารทรัพยากรเพื่อรองรับการสั่งการในภาวะฉุกเฉินภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) และเป็น Data Center สำหรับศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC)</p> <p>6. EOC Assessment Tool หมายถึง แบบประเมินระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัด 10 หมวด 74 ตัวชี้วัด</p>

	<p>7. การพัฒนาศูนย์ EOC หมายถึง การพัฒนาศูนย์ EOC เพื่อให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทุกโรคและภัยสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยมีการพัฒนา 3 ด้าน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -ด้านระบบงาน (System) หมายถึง ระบบงาน เช่น แผน มาตรฐานการปฏิบัติการ (SOP) งบประมาณ -ด้านอุปกรณ์ (Stuff) หมายถึง ห้องสำหรับให้ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงาน มีโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ทันสถานการณ์ สามารถเชื่อมโยงได้ ระบบแสดงผลการประมวลผลข้อมูลข่าวสาร และระบบสื่อสาร -ด้านกำลังคนที่มีสมรรถนะ (Staff) หมายถึง หน่วยงานจะต้องกำหนดและมีการวางแผนแบ่งบุคลากรที่สามารถระดมมาช่วยดำเนินการในภาวะฉุกเฉินได้ รับผิดชอบกลุ่มภารกิจต่างๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการฝึกอบรมความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้จริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น <p>8. All Hazards Plan (AHP) หมายถึง แผนปฏิบัติการควบคุมทุกโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ทันต่อสถานการณ์ และมีประสิทธิภาพ ใช้ในกรณีที่มีการประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข</p> <p>9. Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ ทั้ง 8 อำเภอ</p>
--	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
-ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ร้อยละ	90	90	95
-ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของหน่วยงานระดับจังหวัด	ระดับ	ตัวชี้วัดใหม่ ปี ๒๕๖๓		

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอในจังหวัดบึงกาฬ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด โดยแบบฟอร์มรายงาน
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยการรายงานผลในรูปแบบเอกสารหรือเอกสารอิเล็กทรอนิกส์
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนอำเภอ ที่ดำเนินการครบ 5 ขั้นตอน
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนอำเภอ ที่นำมาประเมิน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละการเข้าถึงมาตรฐานตัวชี้วัดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน=(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	-ประเมินผลในไตรมาสที่ 2, 4 /ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงาน ทุกไตรมาส

		-ครบรอบรายงานและประเมินผล รอบที่ 1: สิ้นเดือนมีนาคม 2564 รอบที่ 2: สิ้นเดือนกันยายน 2564		
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2564 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ในระดับดี ได้ ดังนี้				
ระดับคะแนน 1	ระดับคะแนน 2	ระดับคะแนน 3	ระดับคะแนน 4	ระดับคะแนน 5
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2 และ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
...				
วิธีการประเมินผล :				
ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสารหลักฐานประกอบการประเมิน		
1	-ปรับปรุงโครงสร้างระบบบัญชาการ เหตุการณ์ (ICS) ของจังหวัด/อำเภอ ให้เป็น ปัจจุบัน	1. คำสั่งมอบหมายงานการแพทย์ ฉุกเฉินและสาธารณสุขภัยและมี ผู้รับผิดชอบชัดเจน หรือคำสั่งจัดตั้งโครงสร้างกลุ่มงาน การแพทย์ฉุกเฉินและ สาธารณภัยใน สสจ. 2. ผังโครงสร้างระบบบัญชาการ เหตุการณ์ (ICS) ที่ระบุบุคคลและแนวทางการปฏิบัติ (SOP) ของแต่ละกองภารกิจ		
2	-จัดทำแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	แผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19)		
3	-พัฒนาศักยภาพบุคลากรตามโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่เป็นระดับหัวหน้ากองภารกิจหลักครบทุกคนและผ่านเกณฑ์การประเมินความรู้ที่ระดับคะแนน (Post Test) ร้อยละ 80 หมายเหตุ : บุคลากรตามโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่เป็นระดับหัวหน้ากองภารกิจหลัก ที่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรดังกล่าว เข้าทำรายการประเมินด้วยตนเองทางระบบ E-learning จากเว็บไซต์กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน	รายชื่อบุคลากรตามโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่เป็นระดับหัวหน้ากองภารกิจหลักที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS 100) หรือหลักสูตร Disaster Management อื่น ๆ ที่มีมาตรฐานเทียบเท่า MA/CDC/WHO โดยเรียนรู้ด้วยตนเองทางระบบ E-learning และสอบผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด		
4	-ประเมินมาตรฐานของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขด้วยการประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมิน EOC Assessment Tools	รายงานผลการประเมินตนเองของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการ แพทย์และสาธารณสุขตามแบบประเมิน EOC Assessment Tools		
5	-นำระบบการบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข (ICS) มาใช้ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในระดับพื้นที่ (กรณีโรคติดเชื้อ	1. รายงานผลการดำเนินการตามข้อสั่งการของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน ด้าน การ แพ ทย แล		

	ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในระดับจังหวัด/อำเภอ : จัดทำรายการทรัพยากรในกลุ่มเวชภัณฑ์ยาและที่ไม่ใช่ยา ที่ใช้ในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข)	ะ ส า ร ณ สู ข (Public Health Emergency Operation Center; PHEOC) 2. รายงานทรัพยากรในกลุ่มเวชภัณฑ์ยาและที่ไม่ใช่ยาระดับจังหวัดตามข้อสั่งการของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center ; PHEOC) กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(Coronavirus Disease 2019: COVID-19)
--	---	--

...

<p>เอกสารสนับสนุน :</p> <ol style="list-style-type: none"> หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการ เหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559 - 2564 (ฉบับปรับปรุง) คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง เว็บไซต์กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค https://ddc.moph.go.th/eoc/ ดาวโหลดแบบฟอร์ม IAP และ EOC Assessment Tool ได้ที่ https://ddc.moph.go.th/ddce/newspic.php คู่มือศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน คู่มือการใช้งานระบบ WEB EOC สำหรับศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และ สาธารณสุข แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2558 ข้อสั่งการศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center; PHEOC) กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19)
--

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นายวิฑูรย์ ไกรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 09 0248 2501 e-mail : dc.bkpho@gmail.com นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1263 6670 e-mail : korrer_bk@hotmail.com
--	--

ตัวชี้วัดที่	14.ระดับความสำเร็จการดำเนินงานโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์
ยุทธศาสตร์ที่	1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence : PP&P excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงคุณภาพ
หน่วยวัด	ระดับคะแนน
น้ำหนัก	1
คำนิยาม :	<p>1. โครงสร้างเนื้อหาการดำเนินงานราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ แยกมิติ 5 ด้าน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ด้านการจัดการระบบ หมายถึง หน่วยงานภายในเรือนจำมีการจัดการระบบ เพื่อบริหารจัดการ รวมถึงการสนับสนุนการจัดการระบบจากหน่วยงานอื่น 2) ด้านกำลังคน หมายถึง มีการพัฒนากำลังคนที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ หมายถึง มีการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น รวมถึงการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น 4) ด้านงบประมาณ หมายถึง มีการจัดงบประมาณสนับสนุนทั้งประจำ และงบพัฒนาพิเศษ บางกิจกรรมที่จำเป็น 5) ด้านสนับสนุนวิชาการ หรือนวัตกรรม หมายถึง มีการสนับสนุนด้านวิชาการ หรือมีการพัฒนาจนเกิดนวัตกรรมเฉพาะด้านซึ่งเป็นประโยชน์ต่อกิจการของราชทัณฑ์ปันสุขฯ เป็น Best practice หรือเป็นแบบอย่างได้ <p>2. กิจกรรมบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในเรือนจำ ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) งานตรวจรักษาพยาบาล และการจัดระบบส่งต่อ <ul style="list-style-type: none"> -การตรวจรักษาตามเวชปฏิบัติ -การรักษากรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน -การตรวจรักษาทางทันตกรรม -การตรวจรักษาทางจิตเวช -การให้คำปรึกษาและจิตบำบัดโดยนักจิตวิทยา -บริการตรวจรักษาทางจักษุวิทยา 2) งานอนามัยแม่และเด็ก 3) งานสุขาภิบาลอาหาร และอนามัยสิ่งแวดล้อม 4) งานส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรค <ul style="list-style-type: none"> -การคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี -การคัดกรองค้นหาวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก -การให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

	<ul style="list-style-type: none"> -การให้วัคซีนป้องกันโรคหัดและหัดเยอรมัน -การป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 -การสอบสวนควบคุมโรคระบาดในเรือนจำตามเหตุการณ์ (event base surveillance) 5) งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข -การตรวจหาสารปนเปื้อนในวัตถุดิบใช้สำหรับปรุงอาหาร -การตรวจสุขภาพผู้ต้องขังผู้ประกอบการอาหาร และสัมผัสอาหาร 6) งานตรวจสอบสิทธิ์ประกันสุขภาพผู้ต้องขัง 7) งานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องขัง 8) งานสุขภาพจิต 9) งานทันตสาธารณสุข 10) งานยาเสพติด 11) งานพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ (อสรจ.)
--	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
1. จำนวนกลุ่มเป้าหมายในเรือนจำจังหวัดบึงกาฬ	คน			
2. อสรจ.	คน			

...

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดบึงกาฬ และ อสรจ.
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดกรอบภารกิจสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. ประสานข้อมูลจากหน่วยงานที่รับมอบหมายภารกิจ
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> -รายงานจากผลการดำเนินงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง -โปรแกรมหลักสูตรออนไลน์ “การดูแลสุขภาพในสถานคุมขัง”
รายการข้อมูล 1	A=กิจกรรมบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในเรือนจำที่ดำเนินการแล้ว
รายการข้อมูล 2	B=กิจกรรมบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในเรือนจำทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ความครอบคลุมกิจกรรมบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในเรือนจำ $= (A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> -ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 2, 4 -ครบรอบรายงาน/ประเมินผล รอบที่ 1: สิ้นเดือน ม.ค.64 รอบที่ 2: สิ้นเดือน ก.ย.64 -ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงาน ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

...

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5

วิธีการประเมินผล :	<p>ขั้นที่ 1</p> <ul style="list-style-type: none"> -จัดทำโครงการ/ แผนดำเนินงาน -แต่งตั้งคณะทำงานตามระดับที่เกี่ยวข้อง (จังหวัด อำเภอ) <p>ขั้นที่ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีการวิเคราะห์แผนงาน/โครงการ
---------------------------	---

	<p>-มีการประชุมคณะทำงานทุกระดับ</p> <p>ขั้นที่ 3</p> <p>-สนับสนุนการศึกษาหลักสูตรออนไลน์ “การดูแลสุขภาพในสถานคุมขัง” โดยมอบหมายจากหน่วยงานที่มีภารกิจ</p> <p>-มีการดำเนินงานตามโครงสร้างเนื้อหาการดำเนินงานราชทัณฑ์ป็นสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ครอบคลุมครบมิติ 5 ด้าน</p> <p>ขั้นที่ 4</p> <p>-ขับเคลื่อนดำเนินงานกิจกรรมบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในเรือนจำ ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ป็นสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ นับรายการกิจกรรมไม่น้อยกว่า 80%</p> <p>ขั้นที่ 5</p> <p>-มีการประชุมถอดบทเรียน สรุปเอกสารและวางแผนดำเนินการปีต่อไป</p> <p>-มีการสนับสนุนวิชาการหรือนวัตกรรมด้านสุขภาพผู้ต้องขัง จากหน่วยงานส่วนกลาง หน่วยงานระดับเขต หรือหน่วยงานภายนอกของจังหวัด</p>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>รายงานข้อมูลจากฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้อง</p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางนันทิกานต์ สุวะมาตย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1058 3796 e-mail : dc.bkpho@gmail.com หรือ Nuntikan_nurse@hotmail.com</p> <p>2. นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1263 6670 e-mail : korrор_bk@hotmail.com</p>

ตัวชี้วัดที่	15. ร้อยละผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย				
ยุทธศาสตร์ที่	1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (BK promotion and protection)				
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนักคะแนน	1.5				
คำนิยาม	<p>1. การดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย หมายถึง หน่วยงานมีการดำเนินงานอาหารปลอดภัย ตามแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยสามารถดาวน์โหลดแนวทางดำเนินการได้ที่ www.phdb.moph.go.th</p> <p>2. อาหารสด หมายถึง อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด) และวัตถุดิบอื่นๆ ที่ใช้ประกอบอาหารให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาล</p> <p>3. อาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง ผัก ผลไม้ ที่ใช้ประกอบอาหารให้ผู้ป่วยต้องไม่มีการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช /อาหารสด ที่ใช้ประกอบอาหารต้องไม่มีการปนเปื้อนของสารฟอกขาว (โซเดียมไฮโดรซัลไฟต์), พอร์มาลิน, สารกันรา, (กรดซาลิซาลิก), สารบอแรกซ์ และเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด) ต้องไม่มีการตกค้างจากสารเร่งเนื้อแดง</p> <p>4. โรงครัว หมายถึง สถานที่ประกอบอาหารในโรงพยาบาล เท่านั้น</p> <p>5. ช่องทางการสื่อสาร ได้แก่ การให้ความรู้ สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นปลิว แผ่นพับ โปสเตอร์ จดหมายข่าว สื่อโซเชียลมีเดีย เช่น เสียงตามสาย โทรทัศน์ สื่อกิจกรรม เช่น การสาธิต การจัดนิทรรศการ การจัดเวทีประชุม เสวนา</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย				
	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย	ร้อยละ 100	95	96.42	99.41
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน				
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลบึงกาฬ/โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง				
การประเมินรอบ 1	1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564		ประเมินกิจกรรมที่ 1-5		
การประเมินรอบ 2	1 เมษายน 2564 – 30 กันยายน 2564		ประเมินกิจกรรมที่ 1-5		

รายการข้อมูล	A = คะแนนที่รวมได้ในรอบการประเมิน B = คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมดในรอบการประเมิน			
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$			
เกณฑ์การประเมิน				
ร้อยละผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยตามเกณฑ์มาตรฐาน				
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
90	92.5	95	97.5	100
โดยที่ :				
กิจกรรมที่	รายละเอียด			คะแนน
1	<p>1.1 มีแผนปฏิบัติงาน/นโยบาย/โครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย 2 คะแนน</p> <p>1.2 แต่งตั้งคณะกรรมการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย มีการประชุมคณะกรรมการ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และมีรายงานการประชุม 5 คะแนน</p> <p>1.3 มีฐานข้อมูลผู้ขายสินค้าเกษตรปลอดภัยในพื้นที่ และมีเครือข่ายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย เช่น เกษตรอำเภอ กลุ่มวิสาหกิจชุมชน หรือกลุ่มเกษตรกรในพื้นที่ 3 คะแนน</p> <p>1.4 มีข้อมูลการจัดซื้ออาหารโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ซื้อวัตถุดิบจากกลุ่มเกษตรกร/วิสาหกิจชุมชน/เกษตรปลอดภัย/เกษตรอินทรีย์ รายงานทุก 3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน และ 12 เดือน 10 คะแนน</p>			20
2	<p>2.1 ประกาศ สื่อสารนโยบายโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้มารับบริการ และประชาชนทั่วไปทราบ</p> <p>- ประกาศ สื่อสารตามช่องทางต่างๆ เช่น บอร์ดประชาสัมพันธ์/เสียงตามสาย/เว็บไซต์/กลุ่มไลน์/ให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล กลุ่มผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ผู้ที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล 5 คะแนน</p> <p>- สื่อสารให้ประชาชนทั่วไปทราบ (จัดทำป้ายไว้นิลประชาสัมพันธ์หน้าโรงพยาบาล) 5 คะแนน</p>			10
3	<p>3.1 โรงครัวในโรงพยาบาล</p> <p>- โรงครัวโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหารของสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล 10 คะแนน</p> <p>- โรงครัวในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ทางแบคทีเรียโดยใช้ชุดทดสอบตรวจหาโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะ และมือของผู้สัมผัสอาหาร ตรวจปีละ 2 ครั้ง 10 คะแนน</p>			20
4	4.1 กำหนดเมนูอาหารล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน ให้สอดคล้องกับวัตถุดิบตามฤดูกาลที่มีในพื้นที่			30

	<p>- มีข้อมูลรายการเมนูอาหารล่วงหน้า 2 เดือน และมีบันทึกข้อมูลการใช้วัตถุดิบในพื้นที่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3 คะแนน</p> <p>4.2 การคัดเลือกและตรวจสอบคุณภาพ ตรวจรับวัตถุดิบตามเกณฑ์ก่อนนำมาปรุงประกอบอาหารอย่างเป็นระบบ โดยมีการสุ่มตรวจสอบปนเปื้อน</p> <p>- สุ่มตรวจสอบปนเปื้อนในอาหารสดที่ใช้ในโรงพยาบาล ยาฆ่าแมลง, สารฟอกขาว (โซเดียมไฮโดรซัลไฟต์), พอร์มาลิน, สารกันรา (กรดซาลิซิลิก), บอแรกซ์ ตรวจโดยรถ Mobile Unit หรือตรวจด้วยชุดทดสอบ (Test kits) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 10 คะแนน</p> <p>- สุ่มตรวจสอบเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด) ด้วยชุดทดสอบ (Test kits) อย่างน้อยเดือนละ 3 เดือน/ครั้ง 7 คะแนน</p> <p>4.3 จุดบริการน้ำดื่มในโรงพยาบาลทุกจุดผ่านการตรวจด้านเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ถ้าผลตรวจไม่ผ่านให้ดำเนินการแก้ไขปัญหาโดย</p> <p>- ทำความสะอาดตู้กักน้ำดื่ม ถังบรรจุน้ำดื่ม หรือกรณีใช้เครื่องกรองน้ำจะต้องทำความสะอาดไส้กรองหรือเปลี่ยนไส้กรองใหม่</p> <p>- แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง งดใช้น้ำดื่มจนกว่าจะดำเนินการแก้ไขเสร็จเรียบร้อย</p> <p>- ดำเนินการตามข้างต้นแล้วตรวจน้ำดื่มซ้ำพร้อมบันทึกผล</p> <p>- มีผลการตรวจจุดบริการน้ำดื่มในโรงพยาบาล ทุกจุดผ่านมาตรฐานด้านเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย 10 คะแนน</p>	
5	<p>5.1 จัดให้มีตลาดสีเขียวในโรงพยาบาลเพื่อให้มีการจำหน่ายสินค้าเกษตรปลอดภัย สินค้าเกษตรแปรรูปที่ปลอดภัยตามความเหมาะสม ผู้ซื้อสามารถเข้าถึงได้ง่าย เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนเกษตรกรในพื้นที่</p> <p>- จัดให้มีตลาดสีเขียวจำหน่ายสินค้าเกษตรปลอดภัย ในโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้ง 15 คะแนน</p> <p>- จัดให้มีตลาดสีเขียวจำหน่ายสินค้าเกษตรปลอดภัย ในโรงพยาบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 20 คะแนน</p>	20
คะแนนรวม		100
ผู้ประสานงาน	<p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ นายดวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ 086-8508366 นายภูรินทร์ รัตนานุพงศ์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ 088-7684374 e-mail:phurin_rx@outlook.com นางสาวจตุพร แดนขนาน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ 089-6173279 e-mail : dan.jatuporn@gmail.com</p>	

ตัวชี้วัด	16.ระดับการสร้างนวัตกรรมด้านสื่อสุขภาพในหน่วยบริการ												
ยุทธศาสตร์ที่ 2	PP&P Excellence												
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ												
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงคุณภาพ												
หน่วยวัด	ระดับ												
น้ำหนัก	1.5												
คำนิยาม	<p>▶ นวัตกรรมด้านสื่อสุขภาพ หมายถึง แนวทาง วิธีการ เครื่องมืออุปกรณ์ ใหม่ ๆ ใช้เป็นสื่อช่วยให้ประชาชนเข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบแลกเปลี่ยน ตัดสินใจ การปรับเปลี่ยน และบอกต่อ ได้ มีผลลัพธ์ที่ดีต่อกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>▶ สื่อสุขภาพ หมายถึง สื่อสิ่งพิมพ์ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ พื้นที่จริง หรือบุคคลต้นแบบที่ใช้งานได้จริง นอกจากการใช้สื่อสารมวลชน (Mass communication) และการใช้สื่อประสมประเภทต่าง ๆ (Multi media) รวมทั้ง เทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ ในการเผยแพร่ข้อมูลและเนื้อหาสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณสุขที่ทำให้ เกิดความตระหนักในระดับปัจเจกบุคคลและสังคม รวมทั้งเป็นแรงเสริมให้คนในสังคม ค้นหา และเรียนรู้ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพเพื่อการพัฒนาวิถีชีวิตสุขภาพที่ดีให้กับตนเองได้ ด้วยหลัก S M C R</p> <p>การดำเนินงานสร้างนวัตกรรม 5 ขั้นตอน ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ขั้นตอน</th> <th>รายละเอียดการดำเนินการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ขั้นตอน 1</td> <td>▶ ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 70 ได้รับการประเมินความรู้ หลักการ S M C R ผ่านเว็บไซต์กลุ่มงานภารกิจสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ (0.5) ▶ มีแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ประชาชน ร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ CUP (0.5)</td> </tr> <tr> <td>ขั้นตอน 2</td> <td>▶ ขั้นตอน 1 และมีแผนปฏิบัติงานในการสร้างนวัตกรรมด้านสื่อสุขภาพ</td> </tr> <tr> <td>ขั้นตอน 3</td> <td>▶ ขั้นตอน 2 และมีทะเบียนบุคคลต้นแบบการใช้สื่อสุขภาพดิจิทัลในระดับหมู่บ้าน ทุกหมู่บ้าน (ชื่อ สกุล ที่อยู่ เบอร์โทร.)</td> </tr> <tr> <td>ขั้นตอน 4</td> <td>▶ ขั้นตอน 3 และมีผลการสำรวจประชาชน เข้าถึงสื่อสุขภาพ รายหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบ</td> </tr> <tr> <td>ขั้นตอน 5</td> <td>▶ ขั้นตอน 4 และการนำเสนอผลงานนวัตกรรมสื่อ (0.5) และ ▶ สรุปผล จัดทำรายงาน เอกสารรูปเล่ม ไฟล์PDF บนเว็บไซต์ (0.5)</td> </tr> </tbody> </table>	ขั้นตอน	รายละเอียดการดำเนินการ	ขั้นตอน 1	▶ ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 70 ได้รับการประเมินความรู้ หลักการ S M C R ผ่านเว็บไซต์กลุ่มงานภารกิจสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ (0.5) ▶ มีแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ประชาชน ร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ CUP (0.5)	ขั้นตอน 2	▶ ขั้นตอน 1 และมีแผนปฏิบัติงานในการสร้างนวัตกรรมด้านสื่อสุขภาพ	ขั้นตอน 3	▶ ขั้นตอน 2 และมีทะเบียนบุคคลต้นแบบการใช้สื่อสุขภาพดิจิทัลในระดับหมู่บ้าน ทุกหมู่บ้าน (ชื่อ สกุล ที่อยู่ เบอร์โทร.)	ขั้นตอน 4	▶ ขั้นตอน 3 และมีผลการสำรวจประชาชน เข้าถึงสื่อสุขภาพ รายหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบ	ขั้นตอน 5	▶ ขั้นตอน 4 และการนำเสนอผลงานนวัตกรรมสื่อ (0.5) และ ▶ สรุปผล จัดทำรายงาน เอกสารรูปเล่ม ไฟล์PDF บนเว็บไซต์ (0.5)
ขั้นตอน	รายละเอียดการดำเนินการ												
ขั้นตอน 1	▶ ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 70 ได้รับการประเมินความรู้ หลักการ S M C R ผ่านเว็บไซต์กลุ่มงานภารกิจสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ (0.5) ▶ มีแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ประชาชน ร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ CUP (0.5)												
ขั้นตอน 2	▶ ขั้นตอน 1 และมีแผนปฏิบัติงานในการสร้างนวัตกรรมด้านสื่อสุขภาพ												
ขั้นตอน 3	▶ ขั้นตอน 2 และมีทะเบียนบุคคลต้นแบบการใช้สื่อสุขภาพดิจิทัลในระดับหมู่บ้าน ทุกหมู่บ้าน (ชื่อ สกุล ที่อยู่ เบอร์โทร.)												
ขั้นตอน 4	▶ ขั้นตอน 3 และมีผลการสำรวจประชาชน เข้าถึงสื่อสุขภาพ รายหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบ												
ขั้นตอน 5	▶ ขั้นตอน 4 และการนำเสนอผลงานนวัตกรรมสื่อ (0.5) และ ▶ สรุปผล จัดทำรายงาน เอกสารรูปเล่ม ไฟล์PDF บนเว็บไซต์ (0.5)												
เกณฑ์การประเมิน	- รอบ 6 เดือนแรก อย่างน้อย ขั้นตอน 3 - รอบ 6 เดือนหลัง ขั้นตอน 5												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ รพ.สต. 61 แห่ง, ศสม./หน่วยบริการปฐมภูมิในรพ. 6 แห่ง, PCC 2 แห่ง												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.รวบรวมจากรายงานข้อมูลผลการดำเนินงาน 2.ติดตามจาก VDO conference และออกเยี่ยม ประเมิน สังเกต แบบสอบถาม สัมภาษณ์ 3.ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอละ 1 แห่ง												

แหล่งข้อมูล	1.แบบประเมินตนเอง ของหน่วยบริการ ผ่านเว็บไซต์ 2.ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และสอบถามจากบุคคลต้นแบบด้านสื่อสุขภาพ 3.ทะเบียนนวัตกรรมสื่อสุขภาพของหน่วยบริการ 4.ประเมินเว็บไซต์หน่วยบริการ																																													
เกณฑ์การประเมิน/ให้คะแนน	ระดับจังหวัด <table border="1" data-bbox="549 443 1423 591"> <tr> <td colspan="5">คะแนนใน รอบ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง เป้าหมาย ขึ้นตอน 3-5</td> </tr> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4 คะแนน</td> <td>5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>ขึ้นตอน1</td> <td>ขึ้นตอน2</td> <td>ขึ้นตอน3-5</td> </tr> </table> ระดับอำเภอ <table border="1" data-bbox="549 640 1423 788"> <tr> <td colspan="5">คะแนนใน รอบ 6 เดือนแรก เป้าหมาย ขึ้นตอน 3</td> </tr> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4 คะแนน</td> <td>5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>ขึ้นตอน1</td> <td>ขึ้นตอน2</td> <td>ขึ้นตอน3-5</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="549 788 1423 936"> <tr> <td colspan="5">คะแนนใน รอบ 6 เดือนหลัง เป้าหมาย ขึ้นตอน 5</td> </tr> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4 คะแนน</td> <td>5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ขึ้นตอน 1</td> <td>ขึ้นตอน 2</td> <td>ขึ้นตอน1</td> <td>ขึ้นตอน2</td> <td>ขึ้นตอน5</td> </tr> </table>	คะแนนใน รอบ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง เป้าหมาย ขึ้นตอน 3-5					1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	-	-	ขึ้นตอน1	ขึ้นตอน2	ขึ้นตอน3-5	คะแนนใน รอบ 6 เดือนแรก เป้าหมาย ขึ้นตอน 3					1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	-	-	ขึ้นตอน1	ขึ้นตอน2	ขึ้นตอน3-5	คะแนนใน รอบ 6 เดือนหลัง เป้าหมาย ขึ้นตอน 5					1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ขึ้นตอน 1	ขึ้นตอน 2	ขึ้นตอน1	ขึ้นตอน2	ขึ้นตอน5
คะแนนใน รอบ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง เป้าหมาย ขึ้นตอน 3-5																																														
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																										
-	-	ขึ้นตอน1	ขึ้นตอน2	ขึ้นตอน3-5																																										
คะแนนใน รอบ 6 เดือนแรก เป้าหมาย ขึ้นตอน 3																																														
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																										
-	-	ขึ้นตอน1	ขึ้นตอน2	ขึ้นตอน3-5																																										
คะแนนใน รอบ 6 เดือนหลัง เป้าหมาย ขึ้นตอน 5																																														
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																										
ขึ้นตอน 1	ขึ้นตอน 2	ขึ้นตอน1	ขึ้นตอน2	ขึ้นตอน5																																										
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ศสม./หน่วยบริการปฐมภูมิใน รพ. /คลินิกหมอครอบครัว(PCC)																																													
วิธีการรายงาน /ความถี่	ไฟล์เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ และรายงานสรุปผล ทุก 6 เดือน																																													
ผู้ประสานงาน/รับผิดชอบ	นางสาวฉัตริษา พรใส เจ้าหน้าที่งานโสตทัศนศึกษาปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 492046 ต่อ 123 โทรศัพท์มือถือ : 06 4054 3112 นายประกันชัย ไกรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 492046 ต่อ 123 โทรศัพท์มือถือ : 06 4054 3112																																													
ผู้ควบคุมกำกับตัวชี้วัด	นายประกันชัย ไกรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 492046 ต่อ 123 โทรศัพท์มือถือ : 08 3326 9277																																													

ชื่อตัวชี้วัด	17. ร้อยละหน่วยบริการสุขภาพที่มีการประเมินความพึงพอใจ				
ยุทธศาสตร์	PP&P Excellence				
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	1.5				
คำนิยาม	หน่วยบริการสุขภาพ คือ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการประเมินความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ และประชาชน ความพึงพอใจ คือ ความรู้สึกนึกคิด/ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ไปในทางที่ดีหรือไม่ดี หรือในด้านบวกและด้านลบ ขึ้นอยู่กับความสามารถตอบสนองความต้องการแก่บุคคลนั้น เพื่อการพัฒนาองค์กร				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	-	-	-	-	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพ โรงพยาบาลทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประชาชนเคยใช้บริการสุขภาพในหน่วยบริการในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.เตรียม ข้อมูล ประสานกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง 2.จัดทำคำสั่งทีมสำรวจ ประชุมชี้แจง การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ การนำเสนอ คั้นข้อมูล 3.จัดทำคำสั่งคณะกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ระดับจังหวัด 4.จัดทำแผนออกสุ่มสำรวจ 5.ออกติดตาม และประเมิน ตามแผน และสรุปผลการดำเนินงาน รายงานผล				
แหล่งข้อมูล	เจ้าหน้าที่ และประชาชน ที่ได้รับการสุ่มสำรวจ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนผู้ตอบแบบสอบถาม(หน่วยบริการที่มีเจ้าหน้าที่ตอบแบบสอบถาม)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากร(หน่วยบริการ)ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน รวม 4 ครั้ง ต่อปี				

เกณฑ์การประเมิน : ระดับจังหวัด		
ตัวชี้วัด	รอบ1และ2/ 3และ6 เดือนแรก	รอบ3และ4 /6 และ12 เดือนหลัง
หน่วยบริการสุขภาพที่มีการประเมินความพึงพอใจ	ร้อยละ 70 ขึ้นไป (≥ 43 แห่ง)	ร้อยละ 70 ขึ้นไป (> 43 แห่ง)

เกณฑ์การประเมิน : ระดับอำเภอ รอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน					
ตัวชี้วัด	1	2	3	4	5
	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน
เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการประเมินความพึงพอใจ	10-20%	21-40%	41-60%	61-69%	$\geq 70\%$

เกณฑ์การประเมิน : ระดับอำเภอ รอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน					
ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ประชาชนเคยใช้บริการสุขภาพได้รับการประเมินความพึงพอใจ	0.10-0.29%	0.30-0.59%	0.60-0.79%	0.80-0.99%	≥1%
วิธีการประเมินผล :	1.ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ ความผูกพันองค์กร ผ่าน google form ทุก 3 เดือน 4 ครั้ง ต่อปี 2.ระดับจังหวัด คำนวณสัดส่วน ร้อยละหน่วยบริการสุขภาพที่มีการประเมินความพึงพอใจ 3.ระดับอำเภอ คำนวณสัดส่วน ร้อยละเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการประเมินความพึงพอใจ				
เอกสารสนับสนุน :	1. เอกสารวิชาการ หน้าเว็บเพจกลุ่มงานภารกิจสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ สสจ.บึงกาฬ				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวฉัตริญา พรใส เจ้าหน้าที่งานโสตทัศนศึกษาปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 492046 ต่อ 123 โทรศัพท์มือถือ : 06 4054 3112 นายประกันชัย ไกรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 492046 ต่อ 123 โทรศัพท์มือถือ : 06 4054 3112				
ผู้ควบคุมกำกับตัวชี้วัด	นายประกันชัย ไกรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 492046 ต่อ 123 โทรศัพท์มือถือ : 08 3326 9277				

ชื่อตัวชี้วัด	18.ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital																		
ยุทธศาสตร์ที่ 1	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)																		
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ																		
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงคุณภาพ																		
น้ำหนัก	2																		
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. รพท. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">ระดับพื้นฐาน</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN</td> </tr> <tr> <td>G:GARBAGE</td> <td>2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวง ว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พิกมูลฝอยอย่างถูกต้องสุขลักษณะ</td> </tr> <tr> <td>R:RESTROOM</td> <td>4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก</td> </tr> <tr> <td>E:ENERGY</td> <td>5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติ ตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</td> </tr> <tr> <td>E:ENVIRONMENT</td> <td>6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอก อาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ 7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรม ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ</td> </tr> <tr> <td>N:NUTRITION</td> <td>8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก 9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</td> </tr> </table>	ระดับพื้นฐาน		ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา		1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร		ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN		G:GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวง ว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พิกมูลฝอยอย่างถูกต้องสุขลักษณะ	R:RESTROOM	4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก	E:ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติ ตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	E:ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอก อาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ 7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรม ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	N:NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก 9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย
ระดับพื้นฐาน																			
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา																			
1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร																			
ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN																			
G:GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวง ว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พิกมูลฝอยอย่างถูกต้องสุขลักษณะ																		
R:RESTROOM	4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก																		
E:ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติ ตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร																		
E:ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอก อาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ 7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรม ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ																		
N:NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก 9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย																		

		10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน				
	ระดับดี					
		11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ 12. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)				
	ระดับดีมาก					
		13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน 14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community				
	ระดับดีมาก Plus					
		15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ 16. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป				
	ระดับการให้คะแนน					
	ระดับ	การดำเนินงาน				
	1	ดำเนินการ ชั้นตอนที่ 1 และ ชั้นตอนที่ 2 รวม 9 ข้อ				
	2	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน				
	3	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ระดับดี				
	4	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก				
	5	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus				
ผลงานย้อนหลัง	ระดับดีมาก ร้อยละ 80 / ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 40					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2560	2561	2562	2563
	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ	75	50	12.5	-
	ระดับดี		25	25	37.5	50
	ระดับดีมาก		-	25	37.5	-
ระดับดีมาก Plus		-	-	12.5	50	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)					

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงาน ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลการประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่วิเคราะห์ แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน (ธันวาคม 2563, มีนาคม 2564, มิถุนายน 2564, กันยายน 2564)

**เกณฑ์การประเมิน :
ระดับจังหวัด**

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
จังหวัดมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน (Re-accreditation) โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป 6 แห่ง <u>ระดับดีมาก Plus</u> -รพ.บึงโขงหลง -รพ.พรเจริญ -รพ.ปากคาด -รพ.ศรีวิไล <u>ระดับดีมาก</u> -รพ.โซ่พิสัย -รพ.บุ่งคล้า <u>ระดับดี</u> -รพ.เซกา -รพ.บึงกาฬ	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป 7 แห่ง <u>ระดับดีมาก Plus</u> -รพ.บึงโขงหลง -รพ.พรเจริญ -รพ.ปากคาด -รพ.ศรีวิไล <u>ระดับดีมาก</u> -รพ.โซ่พิสัย -รพ.บุ่งคล้า -รพ.เซกา <u>ระดับดี</u> -รพ.บึงกาฬ	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป 8 แห่ง <u>ระดับดีมาก Plus</u> -รพ.บึงโขงหลง -รพ.พรเจริญ -รพ.ปากคาด -รพ.ศรีวิไล <u>ระดับดีมาก</u> -รพ.โซ่พิสัย -รพ.บุ่งคล้า -รพ.เซกา -รพ.บึงกาฬ

ประเมินรอบที่ 1

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับดีมากขึ้นไป	2 แห่ง	3 แห่ง	4 แห่ง	5 แห่ง	6 แห่ง

ประเมินรอบที่ 2

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับดีมากขึ้นไป	4 แห่ง	5 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง

ระดับอำเภอ					
3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน		
1. ทบทวนการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ที่ผ่านมา 2. ประเมินตนเองตามหลักเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 3. วิเคราะห์และวางแผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อน	1. สื่อสาร ขับเคลื่อนและพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วม 2. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ/แนวทางการดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital 3. มีการจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อกำกับติดตามทบทวนผลการดำเนินงาน ประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 4. โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	1. ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม GREEN 2. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN สู่ชุมชนเพื่อส่งเสริมให้เกิด GREEN Community 3. บูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย และสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล และชุมชน 4. โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus		
ประเมินรอบที่ 1					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับความสำเร็จ	-	1	2	3	4
ประเมินรอบที่ 2					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับความสำเร็จ	1	2	3	4	5
วิธีการประเมินผล :	1.โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล 2.ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital 3.ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital 2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 3. คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายไพชยนต์ โสตามรรค ตำแหน่ง : เจ้าหน้าที่ด้านอาหารและยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ 106 โทรศัพท์มือถือ : 093-4389180 โทรสาร : 042-492001 E-mail : phaichayon9606@gmail.com สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ 2. นายไพศาล ไกรรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 42-492046 ต่อ 106 โทรศัพท์มือถือ : 085-0141778 โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : paisan.k13@gmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ				

ตัวชี้วัด	19.ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ				
ยุทธศาสตร์ที่ 1	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ				
ลักษณะตัวชี้วัด	คุณภาพ				
น้ำหนัก	1.5				
คำนิยาม	<p>อำเภอที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หมายถึง การค้นหาและประเมินความเสี่ยง และมีกลไกการบริหารจัดการ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของอำเภอนั้นๆ โดยมีดำเนินงานตามเกณฑ์ และระดับการพัฒนา ดังนี้</p> <p>ระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีสถานการณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระบบพื้นที่ และสามารถบ่งชี้ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ 2. มีแผนการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระดับพื้นที่ <p>ระดับดี ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน 2. มีคณะกรรมการหรือคณะทำงานระดับอำเภอเพื่อจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพื้นที่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.), คณะทำงานสิ่งแวดล้อมอำเภอ ทีมสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพ หรือคณะกรรมการอื่นๆ 3. มีการจัดการปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 2 ประเด็น <p>ระดับดีมาก ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผ่านเกณฑ์ระดับดี 2. ร้อยละ 50 ของประชาชนในอำเภอได้รับการดูแล จากการจัดการปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นประเด็นปัญหาของพื้นที่ 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละ ของอำเภอที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ	25	62.5	100
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต./สสอ./รพท./รพช. ทั้ง 8 อำเภอ				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. อำเภอ ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจัดทำรายงาน ผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด และส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นรายไตรมาส 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด และส่งให้ศูนย์อนามัย (ศอ.) เป็นรายไตรมาส 3. ศูนย์อนามัย (ศอ.) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของเขตและจัดส่งข้อมูลให้กรมอนามัย ตามแบบฟอร์มที่กำหนด และสำเนา ให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) 4. หน่วยงานส่วนกลาง รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ จัดทำเป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานฯ รายไตรมาส และสำเนาให้กรมควบคุมโรค 5. กรมอนามัย จัดส่งรายงานผลการดำเนินงานฯ กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	รพ.สต./สสอ./รพท./รพช. ทั้ง 8 อำเภอ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จ	รายละเอียด			
	1	มีสถานการณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระบบพื้นที่			
	2	1. มีสถานการณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระบบพื้นที่ 2. สามารถบ่งชี้ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพื้นที่ได้อย่างน้อย 2 ประเด็น			
	3	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน			
	4	ผ่านเกณฑ์ระดับดี			
	5	ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน (ธันวาคม 2563, มีนาคม 2564, มิถุนายน 2564, กันยายน 2564)				
เกณฑ์การประเมิน :					
ระดับจังหวัด					
รอบ 3 เดือน ทุกอำเภอมีสถานการณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระบบพื้นที่ และสามารถบ่งชี้ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	รอบ 6 เดือน ทุกอำเภอมีระบบจัดการ บังคับเสียงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	รอบ 9 เดือน อำเภอมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดี	รอบ 12 เดือน ทุกอำเภอมีระบบจัดการ บังคับเสียงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก		
ประเมินรอบที่ 1					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับพื้นฐาน	4 อำเภอ	5 อำเภอ	6 อำเภอ	7 อำเภอ	8 อำเภอ
ประเมินรอบ 2					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับดีมาก	4 อำเภอ	5 อำเภอ	6 อำเภอ	7 อำเภอ	8 อำเภอ

ระดับอำเภอ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีสถานการณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในระบบพื้นที่ และสามารถบ่งชี้ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	ผ่านเกณฑ์ระดับดี	ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

ประเมินรอบที่ 1

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับความสำเร็จ	1 ขั้นตอน	-	2 ขั้นตอน	-	3 ขั้นตอน

ประเมินรอบที่ 2

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับความสำเร็จ	1 ขั้นตอน	2 ขั้นตอน	3 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน

วิธีการประเมินผล :

1. อำเภอ ทำการประเมินตนเอง (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด)
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - 2.1 ทำการทวนสอบและวิเคราะห์ผลการประเมินตนเองของอำเภอ
 - 2.2 ประเมินตามรอบประเมิน CUP
 - 2.4 จัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมจังหวัด

เอกสารสนับสนุน :

1. ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NEHIS) และคู่มือการใช้งานระบบฯ
2. แนวทางการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ
3. คำแนะนำการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์
4. แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล
5. คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานสำหรับฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดและคณะอนุกรรมการสาธารณสุขอำเภอหรือคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง
6. Animation ให้ความรู้ด้านกฎหมายสาธารณสุขและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด
 - 6.1 โปรแกรมกำกับติดตามรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข
 - 6.2 หลักสูตรอบรมให้ความรู้ด้านการบังคับใช้กฎหมายและการร่างข้อบัญญัติท้องถิ่นตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข
7. คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม
8. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
9. กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้อง
11. คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ
10. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

	<p>11. คู่มืออบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ หลักสูตรป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตราย ที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>12. คู่มือแนวทางการบริหารจัดการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล</p> <p>13. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital</p> <p>14. แนวทางการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน</p> <p>15. แนวทางการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนสำหรับประชาชน และเจ้าหน้าที่</p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>ชื่อ - สกุล นางสาวน้ำฝน มีนิล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ : 085-5892153</p> <p>โทรสาร : 0 4249 2001</p> <p>E-mail :Narutoe_1988@hotmail.com</p> <p>2. ชื่อ - สกุล นายไพศาล ไกรรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 42-492046 ต่อ 106 โทรศัพท์มือถือ : 085-0141778</p> <p>โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : paisan.k13@gmail.com</p> <p>สถานที่ทำงาน กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>

ชื่อตัวชี้วัด	20.ร้อยละของหมู่บ้านที่มีการดำเนินงานตามเกณฑ์บ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์
ยุทธศาสตร์ที่ 1	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
น้ำหนัก	1.5
คำนิยาม	<p>บ้าน หมายถึง สิ่งปลูกสร้างสำหรับเป็นที่อยู่อาศัย, บริเวณที่เรือนตั้งอยู่, โรงเรือนหรือสิ่งปลูกสร้างสำหรับใช้เป็นที่อยู่อาศัย ซึ่งมีเจ้าบ้านครอบครอง และหมายความรวมถึง แพนหรือเรือซึ่งจอดเป็นประจำ และใช้เป็นที่อยู่ประจำหรือสถานที่หรือพาหนะอื่นซึ่งใช้เป็นที่อยู่อาศัยประจำได้ด้วย (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542)</p> <p>ที่อยู่อาศัย หมายถึง อาคารบ้านเรือน รวมถึงตึก โรง และแพที่มนุษย์จัดสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นที่อยู่อาศัยทั้งกลางวันและกลางคืน ภายในที่อยู่อาศัยประกอบด้วยสิ่งต่าง ๆ ที่ต้องการมีทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย อุปกรณ์และสิ่งที่ใช้สอยที่จำเป็นตามความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ที่ดีงามทั้งส่วนตัวและครอบครัวของผู้พักอาศัย</p> <p>การสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยและสถาบัน หมายถึง การจัดการและควบคุมดูแลที่อยู่อาศัย และ/หรือสถาบันให้สะอาดถูกสุขลักษณะ โดยจัดการให้ได้ตามความต้องการขั้นมูลฐานทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจัดให้ปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุและการเกิดโรคระบาดในผู้พักอาศัยหรือผู้มาใช้บริการด้วย</p> <p>อนามัย (Health) องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า “การมีสุขภาพสมบูรณ์ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสามารถดำรงชีพอยู่ในสังคมได้ด้วยดี ซึ่งไม่เพียงปราศจากโรคหรือไม่แข็งแรงทุพพลภาพเท่านั้น” (Health is defined as a state complete physical, mental and social well-being and merely the absence of disease infirmity)</p> <p>เครื่องมือการประเมิน</p> <p>เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินตามโครงการ ได้แก่ แบบประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์ ซึ่งมีรายละเอียดของเกณฑ์การประเมินรวมทั้งสิ้น 34 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลักๆ ดังนี้</p> <p>ส่วนที่ 1 สุขลักษณะโดยทั่วไป (28 ข้อ) แยกเป็นประเด็นต่างๆ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> ก. ลักษณะของบ้านและบริเวณโดยรอบ ข. ห้องน้ำ ห้องส้วม ค. ห้องนอน ง. ห้องครัว จ. น้ำอุปโภค บริโภค ฉ. การจัดการมูลฝอย ช. การจัดการน้ำเสียครัวเรือน ซ. การควบคุมสัตว์และแมลงพาหะนำโรค ณ. สารเคมีและความปลอดภัย

	<p>ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขอนามัยในครัวเรือน (4 ข้อ)</p> <p>ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (2 ข้อ)</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>การประเมินแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับหลังคาเรือน และระดับหมู่บ้าน/ชุมชน โดยมีเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ประเมิน ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="414 436 1396 869"> <thead> <tr> <th>ระดับการประเมิน</th> <th>ผ่านเกณฑ์</th> <th>ไม่ผ่านเกณฑ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับหลังคาเรือน</td> <td>มีผลการประเมินตาม แบบประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ซีวีสมบรูณ์“ผ่านทุกข้อ”</td> <td>มีผลการประเมินตาม แบบประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ซีวีสมบรูณ์“ไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งหรือทุกข้อ”</td> </tr> <tr> <td>ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน</td> <td>จำนวนหลังคาเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์ประเมิน ตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป ของจำนวนหลังคาเรือทั้งหมด</td> <td>จำนวนหลังคาเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์ประเมิน น้อยกว่าร้อยละ 60 ของจำนวนหลังคาเรือทั้งหมด</td> </tr> </tbody> </table>					ระดับการประเมิน	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	ระดับหลังคาเรือน	มีผลการประเมินตาม แบบประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ซีวีสมบรูณ์“ผ่านทุกข้อ”	มีผลการประเมินตาม แบบประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ซีวีสมบรูณ์“ไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งหรือทุกข้อ”	ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน	จำนวนหลังคาเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์ประเมิน ตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป ของจำนวนหลังคาเรือทั้งหมด	จำนวนหลังคาเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์ประเมิน น้อยกว่าร้อยละ 60 ของจำนวนหลังคาเรือทั้งหมด
ระดับการประเมิน	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์												
ระดับหลังคาเรือน	มีผลการประเมินตาม แบบประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ซีวีสมบรูณ์“ผ่านทุกข้อ”	มีผลการประเมินตาม แบบประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ซีวีสมบรูณ์“ไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งหรือทุกข้อ”												
ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน	จำนวนหลังคาเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์ประเมิน ตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป ของจำนวนหลังคาเรือทั้งหมด	จำนวนหลังคาเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์ประเมิน น้อยกว่าร้อยละ 60 ของจำนวนหลังคาเรือทั้งหมด												
ผลงานย้อนหลัง	ร้อยละ 92													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
				2561	2562	2563								
		หมู่บ้าน	ร้อยละ	94	92	95								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หมู่บ้านในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 617 หมู่บ้าน													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> หมู่บ้านและตำบลประเมินตนเองตามเกณฑ์บ้านสะอาด อนามัยดี ซีวีสมบรูณ์ เจ้าหน้าที่หรือ อสม. ประเมิน ส่งผลการประเมินให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ 													
แหล่งข้อมูล	รพท./รพช./สสอ./รพ.สต./อปท./หมู่บ้าน													
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์บ้านสะอาด อนามัยดี ซีวีสมบรูณ์													
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหมู่บ้านทั้งหมดในอำเภอ													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$													
ระยะเวลาประเมินผล	6, 12 เดือน													
เกณฑ์การประเมิน :														
ระดับอำเภอ														
รอบที่ 1														
	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน								
	ร้อยละ	20	30	40	50	60								
รอบที่ 2														
	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน								
	ร้อยละ	60	70	80	90	100								

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
หมู่บ้านผ่านเกณฑ์บ้าน สะอาด อนามัยดี ซีวี สมบูรณ์ ร้อยละ 40	หมู่บ้านผ่านเกณฑ์บ้าน สะอาด อนามัยดี ซีวี สมบูรณ์ ร้อยละ 60	หมู่บ้านผ่านเกณฑ์บ้าน สะอาด อนามัยดี ซีวี สมบูรณ์ ร้อยละ 80	หมู่บ้านผ่านเกณฑ์บ้าน สะอาด อนามัยดี ซีวี สมบูรณ์ ร้อยละ 100
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> หมู่บ้าน ตำบลประเมินตนเองตามเกณฑ์บ้านสะอาด อนามัยดี ซีวีสมบูรณ์ ทีมประเมินระดับอำเภอทำการประเมินตามเกณฑ์บ้านสะอาด อนามัยดี ซีวีสมบูรณ์ อำเภอสรุปและรายงานผลการประเมินให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬทุกกรอบ 6,12 เดือน เจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดสุ่มประเมินหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 		
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือโครงการบ้านสะอาด อนามัยดี ซีวีสมบูรณ์		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> ชื่อ – สกุล นางสาวน้ำฝน มีนิต ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ : 085-5892153 โทรสาร : 0 4249 2001 E-mail :Narutoe_1988@hotmail.com ชื่อ – สกุล นายไพศาล ไกรรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2045-6 ต่อ 106 โทรศัพท์มือถือ : 085-0141778 โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : paisan.k13@gmail.com <p>สถานที่ทำงาน กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>		

ตัวชี้วัด	21.ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายและปัญหาสำคัญของพื้นที่
ยุทธศาสตร์ที่ 1	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	คุณภาพ
น้ำหนัก	1.5
คำนิยาม	<p>โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายและปัญหาสำคัญของพื้นที่ หมายถึง โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม 7 โรค ตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 อย่างน้อย 1 โรค และโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ อย่างน้อย 1 โรค</p> <p>โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม 7 โรค ได้แก่</p> <p><u>โรคจากการประกอบอาชีพ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบตะกั่ว 2.โรคจากฝุ่นซิลิกา 3.โรคจากภาวะอับอากาศ 4.โรคจากแอสเบสตอส(ใยหิน) หรือโรคมะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส(ใยหิน) 5.โรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช <p><u>โรคจากสิ่งแวดล้อม</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบตะกั่ว 2.โรคหรืออาการที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน <p>การขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม หมายถึง การดำเนินการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ผ่านกลไกของคณะ กรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม</p>
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต./สสอ./รพท./รพช. ทั้ง 8 อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. อำเภอ ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจัดทำรายงาน ผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด และส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นรายไตรมาส 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจัดทำรายงาน ผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด และส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 เป็นรายไตรมาส
แหล่งข้อมูล	รพ.สต./สสอ./รพท./รพช. ทั้ง 8 อำเภอ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จ	รายละเอียด
	1	มีสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงด้านโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมตาม พรบ. โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 อย่างน้อย 1 โรค
	2	มีสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงด้านโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมตาม พรบ.โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม รวมถึงโรคจากประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมอื่นๆของพื้นที่ อย่างน้อย 2 โรค
	3	มีคณะกรรมการ คณะทำงาน คณะกรรมการอื่นๆ หรือหน่วยปฏิบัติการ ในการขับเคลื่อนการลดโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม
	4.	มีแผนงาน โครงการ แนวทางการขับเคลื่อนการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
	5.	มีสรุปผลการดำเนินการขับเคลื่อนการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

ระยะเวลา

รายไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน

ประเมินผล

(ธันวาคม 2563, มีนาคม 2564, มิถุนายน 2564, กันยายน 2564)

เกณฑ์การประเมิน :

ระดับจังหวัด

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. สนับสนุนหน่วยงานเครือข่ายจังหวัด เพื่อร่วมชี้แจง ถ่ายทอด แนวทางการดำเนินงานภายใต้ พรบ.โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562</p> <p>2. ผ่านการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่และหน่วยปฏิบัติการ</p> <p>3. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ตาม พรบ.โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 อย่างน้อย 1 โรค โรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่อย่างน้อย 1 โรค</p>	<p>1. จัดประชุม คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมเพื่อเสนอมาตรการลดโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม</p> <p>2. จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม</p>	<p>1. มีมาตรการขับเคลื่อนการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม</p>	<p>1. สรุปรายงานการดำเนินงาน</p>

ประเมินรอบที่ 1

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับความสำเร็จ	1 ขั้นตอน	-	2 ขั้นตอน	-	3 ขั้นตอน

ประเมินรอบ 2					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับความสำเร็จ	1 ^{ขั้น} ตอน	2 ^{ขั้น} ตอน	3 ^{ขั้น} ตอน	4 ^{ขั้น} ตอน	5 ^{ขั้น} ตอน

ระดับอำเภอ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ตาม พรบ.โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 อย่างน้อย 1 โรค โรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่อย่างน้อย 2 โรค	มีคณะกรรมการ คณะทำงาน คณะกรรมการอื่นๆ หรือหน่วยปฏิบัติการ ในการขับเคลื่อนการลดโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีแผนงาน โครงการ แนวทางการขับเคลื่อนการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	1.สรุปรายงานการดำเนินงาน

ประเมินรอบที่ 1

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับความสำเร็จ	1 ^{ขั้น} ตอน	-	2 ^{ขั้น} ตอน	-	3 ^{ขั้น} ตอน

ประเมินรอบที่ 2

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับความสำเร็จ	1 ^{ขั้น} ตอน	2 ^{ขั้น} ตอน	3 ^{ขั้น} ตอน	4 ^{ขั้น} ตอน	5 ^{ขั้น} ตอน

วิธีการประเมินผล :	1. อำเภอรายงานผลมายัง สสจ.ผ่านผลการดำเนินงานตัวชี้วัด 2. สสจ.รายงานผลให้ สคร.8
เอกสารสนับสนุน :	1. พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 2. แนวทางการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. ชื่อ - สกุล นางสาวน้ำฝน มีนิล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ : 085-5892153 E-mail :Narutoe_1988@hotmail.com 2. ชื่อ - สกุล นายไพศาล ไกรรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 42-492046 ต่อ 106 โทรศัพท์มือถือ : 085-0141778 โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : paisan.k13@gmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ชื่อตัวชี้วัด	22. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
ยุทธศาสตร์ที่ 2	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	1.5
คำนิยาม	<p>อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่มีภาวะผู้นำ เป็นที่ยอมรับ และมีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital skill) โดยได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง 1. ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ที่มีภาวะผู้นำ เป็นที่ยอมรับ และมีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital skill) หมู่บ้านละ 1 คน (ไม่ซ้ำกับปี 2563) 2. ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD) ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชน (เฉลี่ยหมู่บ้านละ 7 คน)</p> <p>คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม</p> <p>วัตถุประสงค์ อสม. หมอประจำบ้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ลดความแออัดในโรงพยาบาลได้ 2. ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลได้ 3. ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยได้ 4. ลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ 5. เพื่อพัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี 6. พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี 7. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิต <p>บทบาทหน้าที่ อสม. หมอประจำบ้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สนับสนุนให้มี อสค. ทุกครอบครัว 2. เป็นพี่เลี้ยงให้ อสค. ดูแลสุขภาพทุกครอบครัว 3. ฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคเลปโตสไปโรซิส (ฉี่หนู) 4. ส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ 5. ถ่ายทอดความรู้ด้านภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์ 6. การใช้เครื่องมือสื่อสารและแอปพลิเคชัน การคัดกรอง ประเมินสุขภาพร่วมทีมหมอครอบครัว (Telemedicine) 7. ติดตาม ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs Risk Group)

	<p>8. เป็นแกนนำเครือข่ายดูแลสุขภาพ และจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัว ชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย</p> <p>9. เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ วางแผน แก้ไขปัญหา และรายงานผล</p>																																																							
ผลงานย้อนหลัง																																																								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																																						
		ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563																																																				
	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	-	-	100																																																				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชน (เฉลี่ย อสม. 1 คน ต่อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 3 คน)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ที่</th> <th rowspan="2">อำเภอ</th> <th colspan="2">เป้าหมาย (คน /ครอบครัว)</th> <th rowspan="2">เป้าหมาย</th> </tr> <tr> <th>LTC</th> <th>ผู้พิการ/ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>เมืองบึงกาฬ</td> <td>781</td> <td>2,125+</td> <td>2,906</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>โซ่พิสัย</td> <td>183</td> <td>1,575+</td> <td>1,758</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>บุงคล้า</td> <td>36</td> <td>430+</td> <td>466</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>เซกา</td> <td>350</td> <td>2,747+</td> <td>3,097</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>พรเจริญ</td> <td>154</td> <td>1,408+</td> <td>1,562</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>ปากคาด</td> <td>157</td> <td>632+</td> <td>789</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>ศรีวิไล</td> <td>135</td> <td>995+</td> <td>1,130</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>บึงโขงหลง</td> <td>143</td> <td>1,030+</td> <td>1,173</td> </tr> <tr> <td></td> <td>รวม</td> <td>1,939</td> <td>10,942+</td> <td>12,881</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง แหล่งข้อมูลจากทะเบียนผู้พิการ ของ รพท./รพช. และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดบึงกาฬ</p>				ที่	อำเภอ	เป้าหมาย (คน /ครอบครัว)		เป้าหมาย	LTC	ผู้พิการ/ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง	1	เมืองบึงกาฬ	781	2,125+	2,906	2	โซ่พิสัย	183	1,575+	1,758	3	บุงคล้า	36	430+	466	4	เซกา	350	2,747+	3,097	5	พรเจริญ	154	1,408+	1,562	6	ปากคาด	157	632+	789	7	ศรีวิไล	135	995+	1,130	8	บึงโขงหลง	143	1,030+	1,173		รวม	1,939	10,942+	12,881
ที่	อำเภอ	เป้าหมาย (คน /ครอบครัว)		เป้าหมาย																																																				
		LTC	ผู้พิการ/ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง																																																					
1	เมืองบึงกาฬ	781	2,125+	2,906																																																				
2	โซ่พิสัย	183	1,575+	1,758																																																				
3	บุงคล้า	36	430+	466																																																				
4	เซกา	350	2,747+	3,097																																																				
5	พรเจริญ	154	1,408+	1,562																																																				
6	ปากคาด	157	632+	789																																																				
7	ศรีวิไล	135	995+	1,130																																																				
8	บึงโขงหลง	143	1,030+	1,173																																																				
	รวม	1,939	10,942+	12,881																																																				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>เก็บรวบรวมข้อมูลจาก</p> <p>จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. ซึ่งมีการลงทะเบียน 2 ช่องทาง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ นำข้อมูลการสมัครมาบันทึกข้อมูลลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล อสม. www.thaiphc.net อสม. รายงานผลผ่าน Application “SMART อสม.” ด้วยตนเอง 																																																							
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สถานบริการสุขภาพภาครัฐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 																																																							

รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$C = \frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 1 , 2 , 3 และ 4 รอบที่ 1 ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564

เกณฑ์การประเมิน :

การประเมินรอบที่ 1

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง) ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 30
2	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง) ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 40
3	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง) ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 50
4	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง) ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 60
5	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง) ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 70

การประเมินรอบที่ 2

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการชี้แจงนโยบาย ในการพัฒนาตามหลักสูตร อสม.เป็นหมอประจำบ้าน
2	มีแนวทางการพัฒนากลุ่มเป้าหมายเพื่อยกระดับ อสม.เป็นหมอประจำบ้าน เช่น แผนการจัดอบรม กลุ่มเป้าหมาย หลักสูตรการอบรม เป็นต้น
3	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 80
4	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 90
5	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 100

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ชี้แจงนโยบายแนวทางสู่การปฏิบัติ 2.มีหลักสูตรการพัฒนา อสม.หมอประจำบ้าน ๆ ละ 1 คน	อบรม อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้าน จำนวน 617 คน (หมู่บ้านละ 1 คน)	1.ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างน้อยร้อยละ 35 2.ประเมิน อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน ร้อยละ 70	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างน้อยร้อยละ 70

วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. เชงปริมาณ เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนด 2. เชงคุณภาพ สุ่มประเมิน
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. คู่มือ แนวทาง 2. หลักสูตร อสม. เป็นหมอประจำบ้าน 3. ฐานข้อมูลและแอปพลิเคชัน SMART อสม. , www.อสม.com , Line@SMART อสม. ,ติดตาม ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs Risk Group) 4. มีการรายงานผลผ่านฐานข้อมูล อสม. เว็บไซต์ Thaiphc.net
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ชื่อ – สกุล นางสาวจารุตา ศรีแก่น ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 128 โทรศัพท์มือถือ : 093-0679943 โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : jaruta_ka@hotmail.com 2. ชื่อ – สกุล นายประเสริฐ ด้วงพันลำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 20456 ต่อ 128 โทรศัพท์มือถือ : 067-3195885 โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : doungpanlum@gmail.com <p>สถานที่ทำงาน กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>

ตัวชี้วัดที่	23. ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน				
ยุทธศาสตร์ที่	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	1.5				
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจบำบัด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน</p> <p>การดูแลติดตามต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษา ในระบบสมัครใจบำบัด ได้รับการติดตาม ดูแล และช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดย อสม. บัดดี ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>อสม. บัดดี หมายถึง อสม. ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพตามแนวทางการดำเนินงานด้านยาเสพติดในชุมชน ปีงบประมาณ 2563</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	อสม. บัดดี ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพตามแนวทางการดำเนินงานด้านยาเสพติด ในชุมชน ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 106 คน (http://www.thaiphc.net)				
	*เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ จึงไม่มีข้อมูลพื้นฐาน (Base line data)				
	ปีงบประมาณ	ข้อมูลพื้นฐาน (Base line data)			ผลการดำเนินงาน
		จำนวน	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย	หน่วยนับ
	พ.ศ. 2562	-	-	-	-
	พ.ศ. 2563	-	-	106 คน	(คน)
พ.ศ. 2564	-	-	50	ร้อยละ	
			106 คน	(คน)	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อสม. บัดดี ที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจ ร้อยละ 50				
	ลำดับ	อำเภอ	อสม. บัดดี (คน)		
	1	เมืองบึงกาฬ	24		
	2	โซ่พิสัย	14		
	3	บุงคล้า	6		
	4	เซกา	18		
	5	พรเจริญ	14		
	6	ปากคาด	12		
	7	ศรีวิไล	10		
	8	บึงโขงหลง	8		
		รวม	106		

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รายงานผลการดำเนินงาน ตาม ระบบรายงานที่กำหนด
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. โรงพยาบาลบึงกาฬ 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4. โรงพยาบาลชุมชน 5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รายการข้อมูล 1	A= จำนวน อสม. บัณฑิต ^๓ ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพตามแนวทางการดำเนินงานด้านยาเสพติด ในชุมชน ปีงบประมาณ 2563
รายการข้อมูล 2	B=จำนวน อสม. บัณฑิต ^๓ ที่ติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A - ×100 B
ระยะเวลาประเมินผล	ช่วงไตรมาส 4 ปีงบประมาณ 2564 รายงานทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน : 2564

การประเมินรอบที่ 1

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการชี้แจงนโยบาย ในการพัฒนาตามหลักสูตร
2	มีแนวทางการพัฒนา อสม. บัณฑิต ^๓ ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพตามแนวทางการดำเนินงานด้าน ยาเสพติดในชุมชน ปีงบประมาณ 2563
3	มี อสม. บัณฑิต ^๓ ติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด ร้อยละ 20
4	มี อสม. บัณฑิต ^๓ ติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด ร้อยละ 25
5	มี อสม. บัณฑิต ^๓ ติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด ร้อยละ 30

การประเมินรอบที่ 2

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่องโดย อสม. บัณฑิต ^๓ ร้อยละ 30
2	ผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่องโดย อสม. บัณฑิต ^๓ ร้อยละ 35
3	ผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่องโดย อสม. บัณฑิต ^๓ ร้อยละ 40
4	ผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่องโดย อสม. บัณฑิต ^๓ ร้อยละ 45
5	ผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่องโดย อสม. บัณฑิต ^๓ ร้อยละ 50

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>- ประชุมเตรียมการจัดทำแนวทาง และเครื่องมือประเมินผลการดำเนินงานยาเสพติดในชุมชน ปี 2564</p> <p>- มีการชี้แจง/ถ่ายทอดนโยบายแนวทางการดำเนินงานด้านยาเสพติดในชุมชน</p>	<p>- ดำเนินการติดตาม ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยผู้ติดยาเสพติด หลังการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจบำบัด</p> <p>- ติดตาม สนับสนุนทีมปฏิบัติการในพื้นที่</p>	<p>- ดำเนินการติดตาม ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยผู้ติดยาเสพติด หลังการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจบำบัด</p> <p>- ติดตาม สนับสนุนทีมปฏิบัติการในพื้นที่</p>	<p>- ดำเนินการติดตาม ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยผู้ติดยาเสพติด หลังการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจบำบัด ร้อยละ 50</p> <p>- ติดตาม สนับสนุนทีมปฏิบัติการในพื้นที่</p> <p>- สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน</p>
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจากรายการข้อมูลโดยเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย		
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดำเนินงานด้านยาเสพติดในชุมชน 2. หลักสูตรการดำเนินงานการติดตามยาเสพติดในชุมชน สำหรับ อสม. 3. ฐานข้อมูลการพัฒนาศักยภาพ การติดตาม ดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด หลังการบำบัดรักษา (ระบบสมัครใจ) http://www.thaiphc.net 4. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) 		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ชื่อ - สกุล นางสาวจารุตา ศรีแก่น ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 128 โทรศัพท์มือถือ : 093-0679943 โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : jaruta_ka@hotmail.com 2. ชื่อ - สกุล นายประเสริฐ ด้วงพันลำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 20456 ต่อ 128 โทรศัพท์มือถือ : 067-3195885 โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : dOUNGPANLUM@gmail.com <p>สถานที่ทำงาน กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>		

ตัวชี้วัด	24. ร้อยละผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการ
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	1.5
คำนิยาม	<p>1. ผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทย หมายถึง หน่วยบริการทุกแห่งมีผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ประกอบด้วยมาตรฐาน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้และสิ่งแวดล้อม, ด้านบุคลากร เครือข่ายแพทย์แผนไทย, ด้านการปฏิบัติงาน, ด้านการควบคุมคุณภาพ, ด้านการจัดบริการ</p> <p>2. ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค ฟื้นฟูสภาพ แบบไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ</p> <p>3. การจัดบริการคลินิกเวชกรรมไทยคู่ขนาน (OPD คู่ขนาน) หมายถึง หน่วยบริการที่เปิดบริการแพทย์แผนไทยควบคู่กับแพทย์ปัจจุบันมีองค์ประกอบดังนี้ 1) มีแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบโรคศิลปะประเภทเวชกรรมไทย หรือใบประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ทำการตรวจรักษา 2) แพทย์แผนไทยทำหน้าที่ตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก 3) มีระบบคัดกรองผู้ป่วยตามแนวทางคัดกรองให้บริการแพทย์แผนไทยคู่ขนานที่แผนกผู้ป่วยนอก</p> <p>4. ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง แพทย์แผนไทยหรือพยาบาลวิชาชีพ, นักวิชาการสาธารณสุข, เจ้าพนักงานสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมผู้สั่งการรักษาทางการแพทย์แผนไทยสำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหลักสูตร 60 ชั่วโมง</p> <p>5. ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย หมายถึง ผู้ที่สนับสนุนงานการแพทย์แผนไทยและได้รับประกาศนียบัตรหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330/372 ชั่วโมง หรือประเภทการนวดไทย 800 ชั่วโมง จากสถาบันการศึกษา หรือสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยหรือหน่วยงานที่ผ่านการรับรองหลักสูตรจากคณะกรรมการวิชาชีพ</p> <p>6. แผนงานและโครงการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง แผนปฏิบัติการและโครงการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการ</p> <p>7. การทำงานเชิงรุกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง ดูแลสุขภาพอนามัยของกลุ่มเป้าหมายพิเศษด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ เป็นต้น รวมทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองด้วยแพทย์แผนไทย</p> <p>8. หมอพื้นบ้าน หมายถึง บุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามวัฒนธรรมของชุมชนที่สืบทอดกันมานานไม่น้อยกว่าสิบปี เป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชน</p>

	<p>9. ผู้ปลูกสมุนไพรม หมายถึง ผู้ที่ปลูกสมุนไพรวัว ใช้ประโยชน์ในการส่งขายใช้เป็นวัตถุดิบในการผลิต</p> <p>10. ผู้แปรรูปสมุนไพรม หมายถึง ผู้ที่นำพืช สัตว์ จุลชีพ ธาตุวัตถุ สารสกัดดั้งเดิมจากพืชหรือสัตว์ที่ใช้เปลี่ยนแปลงสภาพหรือคุณสมบัติของสมุนไพรม ทำให้ได้สารสกัดแบบรวมด้วยกรรมวิธีแบบดั้งเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมีได้สกัดแยกสารบริสุทธิ์เป็นรายชนิดหรือรายตัว</p> <p>11. ผู้จำหน่ายสมุนไพรม หมายถึง ผู้ที่ขาย จ่าย แจก หรือแลกเปลี่ยนให้หมายความรวมถึงมีไว้เพื่อจำหน่ายด้วย</p> <p>12. ร้านนวดเพื่อสุขภาพ หมายถึง ร้านนวดเพื่อสุขภาพที่เปิดในพื้นที่รับผิดชอบในอำเภอ</p>														
ผลงานย้อนหลัง	<table border="1"> <tr> <td>Baseline data</td> <td>หน่วย วัด</td> <td>2561</td> <td>2562</td> <td>2563</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</td> <td>ระดับ</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> </tr> </table>					Baseline data	หน่วย วัด	2561	2562	2563	ร้อยละผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ระดับ	N/A	N/A	N/A
	Baseline data	หน่วย วัด	2561	2562	2563										
ร้อยละผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ระดับ	N/A	N/A	N/A											
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	CUP														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน														
แหล่งข้อมูล	รพท./รพช./รพ.สต.														
รายการข้อมูล 1	A = คะแนนผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยที่ได้														
รายการข้อมูล 2	B = คะแนนผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยทั้งหมด (คะแนนเต็ม)														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$ หรือ $\frac{\text{คะแนนผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยที่ได้} \times 100}{\text{คะแนนผลการดำเนินงานทั้งหมด}}$														
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <tr> <td>ระดับ 1</td> <td>ระดับ 2</td> <td>ระดับ 3</td> <td>ระดับ 4</td> <td>ระดับ 5</td> </tr> <tr> <td>60</td> <td>65</td> <td>70</td> <td>75</td> <td>80</td> </tr> </table>					ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	60	65	70	75	80
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5											
60	65	70	75	80											
คำอธิบายเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้	<table border="1"> <tr> <th>ข้อที่</th> <th>รายละเอียด</th> <th>คะแนนเต็ม</th> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในภาพรวมอำเภอ โดยคิดคะแนนตามที่ได้จาก HDC จังหวัด เช่น จาก HDC ประมวลผลได้ 14.5 คิดคะแนนได้ 14.5 , 18.5 คิดคะแนนได้ 18.5, 22 คิดคะแนนได้ 25 คะแนน ดังนั้น ≥ 20.5 ได้ 25 คะแนน (แหล่งข้อมูล : ประเมินจาก Datacenter)</td> <td>25</td> </tr> </table>					ข้อที่	รายละเอียด	คะแนนเต็ม	1.	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในภาพรวมอำเภอ โดยคิดคะแนนตามที่ได้จาก HDC จังหวัด เช่น จาก HDC ประมวลผลได้ 14.5 คิดคะแนนได้ 14.5 , 18.5 คิดคะแนนได้ 18.5, 22 คิดคะแนนได้ 25 คะแนน ดังนั้น ≥ 20.5 ได้ 25 คะแนน (แหล่งข้อมูล : ประเมินจาก Datacenter)	25				
ข้อที่	รายละเอียด	คะแนนเต็ม													
1.	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในภาพรวมอำเภอ โดยคิดคะแนนตามที่ได้จาก HDC จังหวัด เช่น จาก HDC ประมวลผลได้ 14.5 คิดคะแนนได้ 14.5 , 18.5 คิดคะแนนได้ 18.5, 22 คิดคะแนนได้ 25 คะแนน ดังนั้น ≥ 20.5 ได้ 25 คะแนน (แหล่งข้อมูล : ประเมินจาก Datacenter)	25													

คำอธิบายเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อที่	รายละเอียด	คะแนนเต็ม
2.	<p>โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน จัดให้มีบริการคลินิกเวชกรรมไทยคู่ขนานที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD คู่ขนาน)</p> <p>2.1 การตรวจวินิจฉัยรักษาที่ห้องตรวจโรคที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - แพทย์แผนไทยทำหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษา โดยไม่มีห้องตรวจโรคที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล <u>ได้ 5 คะแนน</u> - แพทย์แผนไทยทำหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษา ที่ห้องตรวจโรคที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ <u>ได้ 10 คะแนน</u> <p>2.2 การสั่งจ่ายสมุนไพรจากบัญชียาหลักแห่งชาติในระดับโรงพยาบาล (อย่างน้อย 30 รายการ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีกรอบรายการยาและการสั่งจ่ายไม่ครบตามเกณฑ์ <u>ได้ 5 คะแนน</u> - มีกรอบรายการยาและการสั่งจ่ายครบตามเกณฑ์ <u>ได้ 10 คะแนน</u> <p>(แหล่งข้อมูล: ตารางการให้บริการ,สำรวจความพร้อมของสถานที่,รายการยา) การสั่งใช้ในระบบ Datacenter)</p>	20
3.	<p>มีแผนงาน/โครงการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มี 0 คะแนน - กำลังดำเนินการ (มีชื่อแผนงาน/โครงการ) <u>ได้ 5 คะแนน</u> - มีแผนปฏิบัติการและโครงการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้รับการอนุมัติ <u>ได้ 10 คะแนน</u> <p>(แหล่งข้อมูล : จากแผนปฏิบัติการและโครงการฯ)</p>	10
4.	<p>มีการทำงานเชิงรุกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการดำเนินการ 0 คะแนน <p>4.1 มีการออกให้บริการเชิงรุกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับสหวิชาชีพ <u>ได้ 5 คะแนน</u></p> <p>4.2 ส่งเสริมมีการปลูกสมุนไพรในหมู่บ้านจัดการสุขภาพไม่น้อยกว่า 10 ชนิด <u>ได้ 5 คะแนน</u></p> <p>(แหล่งข้อมูล : จากบันทึกขออนุมัติปฏิบัติงาน,ผลการปฏิบัติงานและภาพกิจกรรม)</p>	10
5.	<p>การจัดทำทะเบียนเครือข่ายบุคลากรแพทย์แผนไทยที่เป็นปัจจุบัน 4 ประเภท คือ ผู้สั่งการรักษา/หมอพื้นบ้าน/ผู้ปลูกหรือผู้ผลิตแปรรูปสมุนไพรหรือจำหน่ายสมุนไพร/ร้านนวดเพื่อสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการดำเนินการ 0 คะแนน - มีการสำรวจและจัดทำทะเบียนเครือข่ายบุคลากรแพทย์แผนไทย 5 ประเภท คือ ผู้สั่งการรักษาทางการแพทย์แผนไทยฯ /ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย/หมอพื้นบ้าน/ 	15

	<p>ผู้ปลูกหรือผู้ผลิตแปรรูปสมุนไพรหรือจำหน่าย/ ร้านนวดเพื่อสุขภาพ ครบทั้ง 5 ประเภท ได้ 15 คะแนน หากไม่ครบ ได้ 5 คะแนน</p> <p>(แหล่งข้อมูล : ทะเบียนเครือข่ายบุคลากรแพทย์แผนไทย)</p>	
6.	<p>มีการพัฒนางานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือทำ CQI / R2R /วิจัย/ นวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อยอำเภอละ 1 เรื่อง</p> <p>- ไม่มีการดำเนินงานหรือการทำกิจกรรมด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือก 0 คะแนน</p> <p>6.1 มีการดำเนินงานหรือการทำกิจกรรมด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกจำนวน 1 เรื่อง ได้ 5 คะแนน</p> <p>6.2 มีการนำเสนอผลการดำเนินงานหรือการทำกิจกรรมด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์ระดับ จังหวัด ได้ 10 คะแนน</p> <p>เขต/ภาค/ประเทศ หรือประกวดพื้นที่ต้นแบบดีเด่น ได้ 15 คะแนน</p> <p>(แหล่งข้อมูล : การส่งผลงานเข้านำเสนอ)</p>	20
	คะแนนผลการดำเนินงานทั้งหมด	100
<p>วิธีการรายงาน / ความถี่ (เอกสารอ้างอิง)</p>	<p>1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการบริการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการ/นอกหน่วยบริการ</p> <p>2. การจัดบริการแพทย์แผนไทย</p> <p>3. รายงานผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ประเมินจาก Datacenter/สรุปผลการปฏิบัติงาน</p>	
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>: กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p> <p>: นางอาภรณ์ โชติเมืองปัก แพทย์แผนไทยชำนาญการ Mobile 081-3200706</p> <p>: นางสาวสุชาดา บุรณะสถาพร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ Mobile 096-4453915</p> <p>: นางสาววิจิตรา ศรีสวัสดิ์ แพทย์แผนไทย Mobile 084-7958014</p>	

ตัวชี้วัดที่	25.ร้อยละจำนวนรายการยาสมุนไพรที่จ่ายในหน่วยบริการผู้ป่วยนอก																																																																				
ยุทธศาสตร์ที่ 2	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ																																																																				
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ																																																																				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ																																																																				
น้ำหนัก	2																																																																				
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคฟื้นฟูสุขภาพแบบไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน</p> <p>2. หน่วยบริการ หมายถึง รพ.สต./รพช./รพท.</p> <p>3. จำนวนรายการยาสมุนไพร หมายถึง จำนวนรายการยาสมุนไพรที่จ่ายในหน่วยบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษา โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐานหรือที่ผ่านการอบรมผู้สั่งการ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข ฯลฯ</p> <p>4. ยาสมุนไพร หมายถึง ยาที่ได้จากพืช สัตว์ หรือชีววัตถุ รวมถึงยาตำรับทางแพทย์แผนไทย ที่ได้มาตรฐานในการผลิตและมีใช้ในสถานพยาบาลของรัฐตามบัญชียาหลักแห่งชาติหรือยาปรุงเฉพาะรายสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ ที่ปรุงยาเฉพาะผู้ป่วยเฉพาะรายของตน</p>																																																																				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<p>ข้อมูลเดิมน้อยหลัง ร้อยละการจ่ายยาสมุนไพรจังหวัดบึงกาฬ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เป้าหมาย</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>ผลงาน</td> <td>4.77</td> <td>4.76</td> <td>5.63</td> <td>5.43</td> </tr> </tbody> </table> <p>ผลงานเดิมปีงบประมาณ 2563 แยกตามรายอำเภอ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CUP</th> <th>จำนวนการสั่งยาทั้งหมด (รายการ)</th> <th>จำนวนการสั่งยาสมุนไพร/แพทย์แผนไทย (รายการ)</th> <th>ร้อยละปี 2563</th> <th>ร้อยละปี 2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>บึงกาฬ</td> <td>774,965</td> <td>45,539</td> <td>5.88 (+0.66)</td> <td>5.22</td> </tr> <tr> <td>บุงคล้า</td> <td>114,834</td> <td>5,771</td> <td>5.02 (-0.24)</td> <td>5.26</td> </tr> <tr> <td>บึงโขงหลง</td> <td>203,016</td> <td>7,691</td> <td>3.79 (-0.24)</td> <td>4.03</td> </tr> <tr> <td>เซกา</td> <td>515,001</td> <td>36,470</td> <td>7.08 (+0.70)</td> <td>6.38</td> </tr> <tr> <td>ปากคาด</td> <td>275,800</td> <td>18,588</td> <td>6.74 (+0.69)</td> <td>6.05</td> </tr> <tr> <td>โซ่พิสัย</td> <td>364,230</td> <td>14,539</td> <td>3.99 (-0.22)</td> <td>4.21</td> </tr> <tr> <td>ศรีวิไล</td> <td>229,000</td> <td>7,984</td> <td>3.49 (+0.18)</td> <td>3.31</td> </tr> <tr> <td>พรเจริญ</td> <td>270,916</td> <td>12,843</td> <td>4.74 (-0.19)</td> <td>4.93</td> </tr> <tr> <td>รวมจังหวัด</td> <td>2,747,762</td> <td>149,425</td> <td>5.44 (-0.20)</td> <td>5.64</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ	2560	2561	2562	2563	เป้าหมาย	-	-	6	6	ผลงาน	4.77	4.76	5.63	5.43	CUP	จำนวนการสั่งยาทั้งหมด (รายการ)	จำนวนการสั่งยาสมุนไพร/แพทย์แผนไทย (รายการ)	ร้อยละปี 2563	ร้อยละปี 2562	บึงกาฬ	774,965	45,539	5.88 (+0.66)	5.22	บุงคล้า	114,834	5,771	5.02 (-0.24)	5.26	บึงโขงหลง	203,016	7,691	3.79 (-0.24)	4.03	เซกา	515,001	36,470	7.08 (+0.70)	6.38	ปากคาด	275,800	18,588	6.74 (+0.69)	6.05	โซ่พิสัย	364,230	14,539	3.99 (-0.22)	4.21	ศรีวิไล	229,000	7,984	3.49 (+0.18)	3.31	พรเจริญ	270,916	12,843	4.74 (-0.19)	4.93	รวมจังหวัด	2,747,762	149,425	5.44 (-0.20)	5.64
ปีงบประมาณ	2560	2561	2562	2563																																																																	
เป้าหมาย	-	-	6	6																																																																	
ผลงาน	4.77	4.76	5.63	5.43																																																																	
CUP	จำนวนการสั่งยาทั้งหมด (รายการ)	จำนวนการสั่งยาสมุนไพร/แพทย์แผนไทย (รายการ)	ร้อยละปี 2563	ร้อยละปี 2562																																																																	
บึงกาฬ	774,965	45,539	5.88 (+0.66)	5.22																																																																	
บุงคล้า	114,834	5,771	5.02 (-0.24)	5.26																																																																	
บึงโขงหลง	203,016	7,691	3.79 (-0.24)	4.03																																																																	
เซกา	515,001	36,470	7.08 (+0.70)	6.38																																																																	
ปากคาด	275,800	18,588	6.74 (+0.69)	6.05																																																																	
โซ่พิสัย	364,230	14,539	3.99 (-0.22)	4.21																																																																	
ศรีวิไล	229,000	7,984	3.49 (+0.18)	3.31																																																																	
พรเจริญ	270,916	12,843	4.74 (-0.19)	4.93																																																																	
รวมจังหวัด	2,747,762	149,425	5.44 (-0.20)	5.64																																																																	

	<p><u>เป้าหมายตัวชี้วัด</u></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เป้าหมาย</td> <td>6.0</td> <td>6.0</td> <td>6.5</td> <td>7.0</td> <td>7.5</td> </tr> <tr> <td>ผลงาน</td> <td>5.63</td> <td>5.43</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>ร้อยละการจ่ายยาสมุนไพร ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2562</u></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>จังหวัด</th> <th>เป้าหมาย (ร้อยละ)</th> <th>ผลงาน (ผลงาน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อุดรธานี</td> <td>6</td> <td>6.77</td> </tr> <tr> <td>สกลนคร</td> <td>6</td> <td>10.63</td> </tr> <tr> <td>นครพนม</td> <td>6</td> <td>9.11</td> </tr> <tr> <td>หนองคาย</td> <td>6</td> <td>6.56</td> </tr> <tr> <td>หนองบัวลำภู</td> <td>6</td> <td>5.97</td> </tr> <tr> <td>เลย</td> <td>6</td> <td>5.32</td> </tr> <tr> <td>บึงกาฬ</td> <td>6</td> <td>5.63</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	2562	2563	2564	2565	2566	เป้าหมาย	6.0	6.0	6.5	7.0	7.5	ผลงาน	5.63	5.43	-	-	-	จังหวัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ผลงาน)	อุดรธานี	6	6.77	สกลนคร	6	10.63	นครพนม	6	9.11	หนองคาย	6	6.56	หนองบัวลำภู	6	5.97	เลย	6	5.32	บึงกาฬ	6	5.63
ปีงบประมาณ	2562	2563	2564	2565	2566																																						
เป้าหมาย	6.0	6.0	6.5	7.0	7.5																																						
ผลงาน	5.63	5.43	-	-	-																																						
จังหวัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ผลงาน)																																									
อุดรธานี	6	6.77																																									
สกลนคร	6	10.63																																									
นครพนม	6	9.11																																									
หนองคาย	6	6.56																																									
หนองบัวลำภู	6	5.97																																									
เลย	6	5.32																																									
บึงกาฬ	6	5.63																																									
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 6.5																																										
กลุ่มเป้าหมาย	CUP																																										
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านยาสมุนไพรมากยิ่งขึ้น 2. สนับสนุนการจ่ายยาสมุนไพรในหน่วยบริการสาธารณสุข																																										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การบันทึกข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แพ้ม																																										
แหล่งข้อมูล	<u>จำนวนครั้งการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการผู้ป่วยนอก</u> จาก Health Data Center (HDC) เข้าถึงได้จาก HDC จังหวัด -> https://bkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php > กลุ่มรายงานมาตรฐาน > การเข้าถึงบริการ > แพทย์แผนไทย > 1.2 ปริมาณการจ่ายยาสมุนไพร > การจ่ายยาสมุนไพรทุกสิทธิ (รายการ) <u>จำนวนรายการการใช้ยาในหน่วยบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด</u> จาก Health Data Center (HDC) เข้าถึงได้จาก HDC จังหวัด -> https://bkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php > ผลการตรวจสอบข้อมูล > สรุปจำนวนข้อมูล 43 แพ้ม > 16.ข้อมูลแพ้ม drug_opd > เขตสุขภาพ 8 > จังหวัดบึงกาฬ > อำเภอ																																										
การประเมินรอบที่ 1	1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564																																										
การประเมินรอบที่ 2	1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564																																										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนรายการยาสมุนไพรที่จ่ายในหน่วยบริการผู้ป่วยนอก																																										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนรายการยาที่จ่ายทั้งหมดในหน่วยบริการผู้ป่วยนอก																																										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100 \text{ หรือ } \frac{\text{จำนวนรายการยาสมุนไพรที่จ่ายในหน่วยบริการผู้ป่วยนอก} \times 100}{\text{จำนวนรายการยาทั้งหมดที่จ่ายในหน่วยบริการผู้ป่วยนอก}}$																																										

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน						
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4						
เกณฑ์การประเมิน :		คะแนน	1	2	3	4	5
		ร้อยละการจ่ายยาสมุนไพร	1.30	2.60	3.90	5.20	6.50
		ร้อยละของเป้าหมาย	20%	40%	60%	80%	100%
	<p><u>ตัวอย่างการคำนวณ</u></p> <p>หากได้ร้อยละการจ่ายยาสมุนไพรเท่ากับ 3.15 คิดเป็น $(3.15/6.50) \times 5 = 2.42$ คะแนน</p> <p>หากได้ร้อยละการจ่ายยาสมุนไพรเท่ากับ 5.75 คิดเป็น $(5.75/6.50) \times 5 = 4.42$ คะแนน</p> <p>หากได้ร้อยละการจ่ายยาสมุนไพรเท่ากับ 6.75 (มากกว่า 6.50) คิดเป็น 5 คะแนน</p>						
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการบริการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการ/นอกหน่วยบริการ การจัดบริการแพทย์แผนไทย/รายการยาสมุนไพร รายงานผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานประเมินจาก Datacenter/สรุปผลการปฏิบัติ 						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p> <p>: นางอาภรณ์ โชติเมืองปัก แพทย์แผนไทยชำนาญการ โทร. 081-3200706</p> <p>: นายอนุพงษ์ วงศ์นิลยong เกสัชกรปฏิบัติการ โทร. 081-4695296</p>						

ตัวชี้วัดที่	26.ร้อยละการใช้บริการสุขภาพช่องปากประชาชนในพื้นที่				
ยุทธศาสตร์ที่	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (BK Service Excellence)				
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	2				
คำนิยาม	การใช้บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากทันตกรรม ป้องกัน บริการรักษาทันตกรรมพื้นฐาน บริการทันตกรรมเฉพาะทาง และบริการฟื้นฟูสภาพช่องปาก ทั้งในหน่วยบริการและบริการเชิงรุกในชุมชนของประชาชนในพื้นที่				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	อัตราการให้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่	ร้อยละ	-	-	26.17
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ใช้บริการสุขภาพช่องปาก				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประชากรในพื้นที่ทั้งหมด				
แหล่งข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนคนใหม่ที่รับบริการสุขภาพช่องปากในรอบปี (คนต่อสถานบริการ) จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->การเข้าถึงบริการ ->ทันตกรรม (บริการ) -> ข้อ1.ผู้ป่วยนอกที่รับบริการทางทันตกรรม รวมทุกสิทธิ์ (คนต่อสถานบริการ)				
รายการข้อมูล 2	B = ประชากรในพื้นที่จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก ->ข้อ 1 OHSP อัตรา (ร้อยละ) การใช้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ->คอลัมภ์ B (ประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งหมด)(คน)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A - x100 B				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง				
เกณฑ์การประเมิน :					
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	20	25	30	35	≥ 40
วิธีการประเมินผล :	รายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	แผนการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพทุกกลุ่มวัย				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.ทพ.อดิศักดิ์ จรัสเมธาวิทย์ โทร 0816405009 2.ทพญ.พุทธิพร ตั้งพุทธสิริ โทร 0817417397 3.ทพญ.นิชาภัทร ทิศนวิจิตรพันธ์ โทร 0946369897				

ตัวชี้วัดที่	27. ร้อยละผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล (RDU-AMR)																			
ยุทธศาสตร์ที่	2. ดานบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)																			
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ																			
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ																			
หน่วยวัด	ร้อยละ																			
น้ำหนัก	1.5																			
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล (RDU) หมายถึง โรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ มีการกำหนดนโยบายเป็น RDU Hospital และมีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้จ่ายสมเหตุผล มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่กำหนดและมีการติดตามประเมินผล</p> <p>การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพ (AMR) เป็นการประเมินระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล 5 กิจกรรมสำคัญ และแบ่งการแปลผลเป็น 4 ระดับ ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="395 936 1425 1182"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>การแปลผลการประเมิน</th> <th>คะแนน (เต็ม 500)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (inadequate)</td> <td>< 150</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>มีการดำเนินการพื้นฐาน (basic)</td> <td>≥ 150 – 250</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>มีการดำเนินการปานกลาง (intermediate)</td> <td>≥ 250 – 350</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>มีการดำเนินการขั้นสูง (Advance)</td> <td>≥ 350</td> </tr> </tbody> </table>					ระดับ	การแปลผลการประเมิน	คะแนน (เต็ม 500)	1	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (inadequate)	< 150	2	มีการดำเนินการพื้นฐาน (basic)	≥ 150 – 250	3	มีการดำเนินการปานกลาง (intermediate)	≥ 250 – 350	4	มีการดำเนินการขั้นสูง (Advance)	≥ 350
ระดับ	การแปลผลการประเมิน	คะแนน (เต็ม 500)																		
1	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (inadequate)	< 150																		
2	มีการดำเนินการพื้นฐาน (basic)	≥ 150 – 250																		
3	มีการดำเนินการปานกลาง (intermediate)	≥ 250 – 350																		
4	มีการดำเนินการขั้นสูง (Advance)	≥ 350																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																	
			2561	2562	2563															
	ร้อยละผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล	ร้อยละ	63.8	93.75	86.88															
เกณฑ์เป้าหมาย	RDU: ร้อยละ 90 AMR: อัตราการติดเชื้อดื้อยาไม่เพิ่มขึ้น																			
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง																			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน																			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง																			
รายการข้อมูล	A = คะแนนที่รวมได้ B = คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมด																			
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$																			

ระยะเวลา ประเมินผล	การประเมินรอบที่ 1 1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564 การประเมินรอบที่ 2 1 เมษายน 2564 – 30 กันยายน 2564																		
เกณฑ์การ ประเมิน	ผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) <table border="1" data-bbox="363 409 1441 705"> <thead> <tr> <th data-bbox="370 418 520 459">คะแนน</th> <th data-bbox="526 418 1441 459">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="370 468 520 508">1</td> <td data-bbox="526 468 1441 508">ร้อยละผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 50</td> </tr> <tr> <td data-bbox="370 517 520 557">2</td> <td data-bbox="526 517 1441 557">ร้อยละผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 60</td> </tr> <tr> <td data-bbox="370 566 520 607">3</td> <td data-bbox="526 566 1441 607">ร้อยละผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 70</td> </tr> <tr> <td data-bbox="370 616 520 656">4</td> <td data-bbox="526 616 1441 656">ร้อยละผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 80</td> </tr> <tr> <td data-bbox="370 665 520 705">5</td> <td data-bbox="526 665 1441 705">ร้อยละผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="363 808 1431 1008"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="370 817 1425 907">การประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) และอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้น</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="370 916 896 956">เดือนธันวาคม 2562</td> <td data-bbox="903 916 1425 956">ผ่าน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="370 965 896 1005">เดือนมิถุนายน 2563</td> <td data-bbox="903 965 1425 1005">ผ่าน</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="363 1041 1198 1086">การป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) (เฉพาะ รพ.บึงกาฬ)</p>	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 50	2	ร้อยละผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 60	3	ร้อยละผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 70	4	ร้อยละผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 80	5	ร้อยละผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 90	การประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) และอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้น		เดือนธันวาคม 2562	ผ่าน	เดือนมิถุนายน 2563	ผ่าน
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																		
1	ร้อยละผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 50																		
2	ร้อยละผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 60																		
3	ร้อยละผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 70																		
4	ร้อยละผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 80																		
5	ร้อยละผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 90																		
การประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) และอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้น																			
เดือนธันวาคม 2562	ผ่าน																		
เดือนมิถุนายน 2563	ผ่าน																		

คำอธิบาย :

กิจกรรมที่	รายละเอียด	คะแนน
1 ขั้นตอน กระบวนการ ดำเนินงาน RDU	1. มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบการพัฒนากระบวนการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับโรงพยาบาล,ระดับ CUP และมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ	2
	2. จัดทำแผนงาน/โครงการและกำหนดมาตรการในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน RDU ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับ รพ.สต.	2
	3. มีคู่มือ/แนวทาง/สื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในระดับโรงพยาบาลและระดับ รพ.สต.	2
	4. การจัดประชุม/อบรมให้ความรู้/แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในระดับ รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	2
	5. รายงานข้อมูลรายไตรมาสในระบบรายงานเฉพาะกิจ RDU ภายในเวลาที่กำหนด	2
	6. รายงานข้อมูล DDD (DEFINED DAILY DOSE) ยาปฏิชีวนะ ตามรายการที่กำหนด	1
2 ตัวชี้วัด RDU	1. ร้อยละการสั่งยาในบัญชียาหลัก (รพ.ระดับ A > 75%, S > 80%, M1-M2 > 85%, F1-F3 > 90% (KPI ตัวที่ 1)	2
	2. ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นนำสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (KPI ตัวที่ 2) <ul style="list-style-type: none"> ▪ จำนวนรพ.สต.ผ่านเกณฑ์ KPI ที่ 19, 20 ≥ 80% 10 คะแนน ▪ จำนวนรพ.สต.ผ่านเกณฑ์ KPI ที่ 19, 20 ≥ 60% 7 คะแนน ▪ จำนวนรพ.สต.ผ่านเกณฑ์ KPI ที่ 19, 20 ≥ 40% 4 คะแนน ▪ จำนวนรพ.สต.ผ่านเกณฑ์ KPI ที่ 19,20 < 40% 1 คะแนน 	10
	3. การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน (KPI ตัวที่ 3)	2
	4. จำนวนรายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล (KPI ตัวที่ 4) ยังคงมี ≤ 1 รายการ	2
	5. การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจรรยาบรรณในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา (KPI ตัวที่ 5)	2

คำอธิบาย :

กิจกรรมที่	รายละเอียด	คะแนน										
2 ตัวชี้วัด RDU	6. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและ หลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (KPI ตัวที่ 6)	10										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>สำหรับโรงพยาบาลปีingham</th> <th>สำหรับโรงพยาบาลชุมชน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ใช้ยาปฏิชีวนะ \leq 30% 10 คะแนน</td> <td>ใช้ยาปฏิชีวนะ \leq 20% 10 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 30% 8 คะแนน</td> <td>ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 20% 8 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 35% 5 คะแนน</td> <td>ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 25% 5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 40% 3 คะแนน</td> <td>ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 30% 3 คะแนน</td> </tr> </tbody> </table>		สำหรับโรงพยาบาลปีingham	สำหรับโรงพยาบาลชุมชน	ใช้ยาปฏิชีวนะ \leq 30% 10 คะแนน	ใช้ยาปฏิชีวนะ \leq 20% 10 คะแนน	ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 30% 8 คะแนน	ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 20% 8 คะแนน	ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 35% 5 คะแนน	ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 25% 5 คะแนน	ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 40% 3 คะแนน	ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 30% 3 คะแนน
	สำหรับโรงพยาบาลปีingham		สำหรับโรงพยาบาลชุมชน									
	ใช้ยาปฏิชีวนะ \leq 30% 10 คะแนน		ใช้ยาปฏิชีวนะ \leq 20% 10 คะแนน									
	ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 30% 8 คะแนน		ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 20% 8 คะแนน									
	ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 35% 5 คะแนน	ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 25% 5 คะแนน										
	ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 40% 3 คะแนน	ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 30% 3 คะแนน										
7. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (KPI ตัวที่ 7)	10											
- ใช้ยาปฏิชีวนะ \leq 20% 10 คะแนน												
- ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 20% 8 คะแนน												
- ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 24% 5 คะแนน												
- ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 32% 3 คะแนน												
8. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (KPI ตัวที่ 8)	10											
- ใช้ยาปฏิชีวนะ \leq 40% 10 คะแนน												
- ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 40% 7 คะแนน												
- ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 50% 4 คะแนน												
- ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 55% 2 คะแนน												
9. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด (KPI ตัวที่ 9)	10											
- ใช้ยาปฏิชีวนะ \leq 10% 10 คะแนน												
- ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 10% 7 คะแนน												
- ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 15% 4 คะแนน												
- ใช้ยาปฏิชีวนะ $>$ 20% 2 คะแนน												
10. ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูง (Essential hypertension) ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/ Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษา ภาวะความดันเลือดสูง (KPI ตัวที่ 10) ได้รับยาร่วมกัน 0%	2											
11. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ Glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 ml/min/1.73 mm ² (KPI ตัวที่ 11) ใช้ Glibenclamide $<$ 5%	2											

คำอธิบาย :

กิจกรรมที่	รายละเอียด	คะแนน
2 ตัวชี้วัด RDU	12. ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่ใช้ยา Metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (ห้ามใช้หากมี eGFR น้อยกว่า 30 mL/min/1.73 mm ² (KPI ตัวที่ 12) - ใช้ Metformin ≥ 80% 7 คะแนน - ใช้ Metformin ≥ 75% 5 คะแนน - ใช้ Metformin ≥ 70% 3 คะแนน	7
	13. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน (KPI ตัวที่ 13) ได้รับ NSAIDs ซ้ำซ้อน ≤ 5%	2
	14. ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs (KPI ตัวที่ 14) ได้รับ NSAIDs ≤ 10%	2
	15. ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid (KPI ตัวที่ 15) - ได้รับ inhaled corticosteroid ≥ 80% 10 คะแนน - ได้รับ inhaled corticosteroid ≥ 77% 8 คะแนน - ได้รับ inhaled corticosteroid ≥ 74% 6 คะแนน - ได้รับ inhaled corticosteroid ≥ 70% 4 คะแนน	10
	16. ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยาในกลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate (KPI ตัวที่ 16) ได้รับยา ≤ 5%	2
	17. จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ยา Warfarin*/Statins/Ergot เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (*ยกเว้นกรณี Mechanical Heart Valve) (KPI ตัวที่ 17) ได้รับยา Contraindication 0%	2
	18. ร้อยละครั้งบริการ (visit) ผู้ป่วยเด็ก ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating (KPI ตัวที่ 18) ได้รับยา ≤ 20%	2

คำอธิบาย : มีการประเมินระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล 5 กิจกรรมสำคัญดังแสดงในตาราง โดยการประเมินตนเอง (Self-assessment) ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง (ธันวาคม 2562 และมิถุนายน 2563)

กิจกรรมที่	รายละเอียด	คะแนน
3 ตัวชี้วัด AMR (เฉพาะ รพ.บึง กาฬ)	1. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR) <ul style="list-style-type: none"> - มีคณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR - มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ - เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน - แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR - การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน - โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา - มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน 	100
	2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> - มีการตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน - มีการเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน - มีระบบ Lab Alert - มีระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาระดับประเทศ - มีการจัดทำ Antibiogram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง - มีการรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ - มีระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ - มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R - รพ. มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ (NARST) - การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพ ศูนย์วิทยาศาสตร์ฯ/สำนักป้องกันควบคุมโรค เขต 8 	100
	3. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> - มีการวางระบบการคัดเลือก กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล และในเครือข่าย - มีการขับเคลื่อนและกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาในโรค/ภาวะ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL - มีการติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ 	

คำอธิบาย :

กิจกรรมที่	รายละเอียด	คะแนน
<p>3 ตัวชี้วัด AMR (เฉพาะ รพ.บึง กาฬ)</p>	<p>3. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล (ต่อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย และกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทางการติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา - มีมาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม - มีการสอนและฝึกอบรมทักษะระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกจ่ายยาอย่างเหมาะสม - มีการประเมินผลที่สอดคล้องตามมาตรการที่ใช้รวมทั้งสรุปการดำเนินงานและสะท้อนกลับ 	100
	<p>4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ - การประชุมคณะกรรมการ IC อย่างสม่ำเสมอ - โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR - มีการจัดทำ IPC guideline - ระบบการรับ – ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา - การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak) - การร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ - การสอนและฝึกอบรมทักษะการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล - มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance) - มีการติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยา ทั้ง colonization และ infection - มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC 	100
	<p>5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล - การวิเคราะห์และการจัดการระบบของโรงพยาบาลในการดำเนินงานเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา 	100

คำอธิบาย :

กิจกรรมที่	รายละเอียด	คะแนน
<p>3 ตัวชี้วัด AMR (เฉพาะ รพ.บึง กาฬ)</p>	<p>6. อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดจากแบคทีเรีย 8 ชนิด ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Acinetobacter baumannii</i> ดื้อต่อยา Carbapenem หรือ Colistin - <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ดื้อต่อยา Antipseudomonal penicillin (Piperacillin + Tazobactam) หรือ Carbapenem หรือ Colistin - <i>Klebsiella pneumoniae</i> ดื้อต่อยา Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) หรือ Carbapenem (CRE) หรือ Colistin - <i>Staphylococcus aureus</i> ดื้อต่อยา Methicillin (MRSA) หรือ Vancomycin (VISA) and VRSA - <i>Escherichia coli</i> ดื้อต่อยา Colistin หรือ Carbapenem (CRE) หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) - <i>Salmonella spp.</i> ดื้อต่อยา Colistin หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) - <i>Enterococcus faecium</i> ดื้อต่อยา Vancomycin (VRE) - <i>Streptococcus pneumoniae</i> ดื้อต่อยา Penicillin (Ampicillin) หรือ Macrolide (Erythromycin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) <p>การประเมินจะใช้ข้อมูล ดังนี้</p> <p><u>รอบที่ 1</u> ใช้ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค. 63 เทียบกับปีปฏิทิน 61 (ม.ค.-ธ.ค. 61)</p> <p><u>รอบที่ 2</u> ใช้ข้อมูล ม.ค.-มิ.ย. 64 เทียบกับปีปฏิทิน 61 (ม.ค.-ธ.ค. 61)</p>	-

<p>วิธีการ ประเมินผล :</p>	<p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ข้อมูลจาก HDC / Cockpit และระบบรายงานเฉพาะกิจ RDU</p>
<p>ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด</p>	<p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p> <p>นายดวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่ง เกษตรชำนาญการพิเศษ Mobile 086-8508366</p> <p>นางสาวชนากานต์ อนุรักษ์ธงไชย ตำแหน่ง เกษตรชำนาญการ Mobile 089-7577864</p> <p>นางสาวกนกวรรณ เหมียะโก ตำแหน่ง เกษตรปฏิบัติการ Mobile 087-4291104</p>

ตัวชี้วัดที่	28.โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัดการใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU)																	
ยุทธศาสตร์ที่	2. ดานบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)																	
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ																	
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงคุณภาพ																	
หน่วยวัด	ระดับ																	
น้ำหนัก	2																	
คำนิยาม	<p>ตัวชี้วัดการใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU) หมายถึง ตัวชี้วัดตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัดการใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU) หมายถึง โรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ที่ผ่านตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 1, ชั้นที่ 2 และชั้นที่ 3 ตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ของกระทรวงสาธารณสุข</p>																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัดการใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU)</td> <td>ระดับ</td> <td>n/a</td> <td>n/a</td> <td>1.38</td> </tr> </tbody> </table>		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัดการใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU)	ระดับ	n/a	n/a	1.38			
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2561	2562	2563														
โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัดการใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU)	ระดับ	n/a	n/a	1.38														
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 5																	
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง																	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน																	
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง																	
รายการข้อมูล	โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัดการใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU)																	
สูตรคำนวณ	-																	
ระยะเวลาประเมินผล	<p>การประเมินรอบที่ 1 1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564</p> <p>การประเมินรอบที่ 2 1 เมษายน 2564 – 30 กันยายน 2564</p>																	

เกณฑ์การประเมิน	โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	
	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 1
	2	-
	3	โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 2
	4	-
5	โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 3	
หมายเหตุ: ใช้ข้อมูลจาก HDC ในการประเมิน		

คำอธิบาย :

โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

- RDU ชั้นที่ 1 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและ การส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

- RDU ชั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (ปี 2562 เกณฑ์ RI รพช./รพท. $\leq 30\%$ และ รพช. $\leq 20\%$, AD $\leq 20\%$, FTW $\leq 50\%$, APL $\leq 15\%$)	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI $\leq 20\%$, AD $\leq 20\%$)

คำอธิบาย :

- RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
1. ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด (หมายเหตุ เกณฑ์ในคู่มือ RI \leq 20 %, AD \leq 20 %, FTW \leq 40 %, APL \leq 10 %)	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการไ้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

วิธีการ ประเมินผล :	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ข้อมูลจาก HDC / Cockpit และระบบรายงานเฉพาะกิจ RDU
ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ นายตวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ Mobile 086-8508366 นางสาวชนากานต์ อนุรักษ์ธงไชย ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ Mobile 089-7577864 นางสาวกนกวรรณ เหมียะโก ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ Mobile 087-4291104

ตัวชี้วัดที่	29. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพร้อยละ 60
ยุทธศาสตร์ที่	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>การให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ หมายถึง การให้บริการส่งเสริม <ul style="list-style-type: none"> ทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และ บริการทันตกรรมพื้นฐาน ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และ นอกสถานบริการสุขภาพ ได้ตามเกณฑ์ 7 กลุ่มเป้าหมาย 15 กิจกรรม คือ 1) คลินิกฝากครรภ์ (ANC) คือ <ol style="list-style-type: none"> 1.1) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ร้อยละ 75 1.2) บริการชุดหินน้ำลาย 1.3) บริการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control 2) คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC) <ol style="list-style-type: none"> 2.1) มีการตรวจช่องปากอย่างร้อยละ 50 2.2) การฝึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ 2.3) เด็กได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช 3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก(เด็ก 3-5 ปี) <ol style="list-style-type: none"> 3.1) เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยร้อยละ 50 3.2) เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3.3) ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการทันตกรรม 4) โรงเรียนประถมศึกษา <ol style="list-style-type: none"> 4.1) เด็กการตรวจช่องปากเด็ก 6-12 ปี 4.2) เด็ก 6 ปีได้รับเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 4.3) เด็ก 6-12 ปี ได้รับการทันตกรรม ร้อยละ 50 5) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง <ol style="list-style-type: none"> 5.1) การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน 6) กลุ่มวัยทำงาน <ol style="list-style-type: none"> 6.1) การให้บริการทันตกรรมในกลุ่มผู้มีอายุ 15-59 ปี 7) กลุ่มผู้สูงอายุ <ol style="list-style-type: none"> 6.1) การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง -5 เดือนแรก จาก HDC -5 เดือนหลังจากรายงานกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในเวบคืนรอยยิ้มแก่ผู้สูงวัย

	2. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรได้ตามเกณฑ์ (>200 คนต่อ 1,000 ประชากร)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ	ร้อยละ	2561	2562	2563
			64.6	73.84	59.67
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งบันทึกข้อมูลในแฟ้มบริการในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม				
แหล่งข้อมูล	-แผนการออกให้บริการจัดหมอนเวียนในรพ.สต./ศสม.ที่มีทันตบุคลากรประจำและไม่มีประจำครอบคลุมทุกกลุ่มวัยเป็นภาพรวม CUPและแบบทะเบียนการออกให้บริการผู้ป่วย -ผลงานบริการทันตกรรมจากHDC รายงานรพ.สต.และรายเครือข่ายบริการ -รูปภาพกิจกรรม				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในจังหวัดบึงกาฬ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A - ×100 B				
ระยะเวลาประเมินผล	1.รายงานของจังหวัดตามแบบรายงานตรวจราชการประจำงวด 2.วิเคราะห์จากผลงานรายงาน HDC				
เกณฑ์การประเมิน :					
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	40	45	50	55	60
วิธีการประเมินผล :	รายงานทันตกรรมจาก HDC				
เอกสารสนับสนุน :	แผนการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ ทุกกลุ่มวัย				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.ทพญ.นิชาภัทร ทักศนวิจิตรพันธ์ โทร 094 6369897 2.ทพญ.พุทธิพร ตั้งพุทธสิริ โทร 081 7417397 3.ทพ.นัยวินิต สมสุขทวีกุล โทร 085 8264736				

ชื่อตัวชี้วัด	30.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การ การรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ตัวชี้วัดย่อย : 1.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI 2.ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด								
ยุทธศาสตร์ที่ 2	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence)								
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดงานประจำ								
ลักษณะตัวชี้วัด	อัตรา ,ร้อยละ								
น้ำหนัก	1.5								
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาด เลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) อัตราการตายในผู้ป่วย STEMI 1.ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนก ฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยใน ครั้งนั้นเป็น 1 visit) 2.การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน ชนิด STEMI								
ตัวชี้วัดย่อยที่ 1	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 2564</td> <td>ปีงบประมาณ 2565</td> <td>ปีงบประมาณ 2566</td> </tr> <tr> <td>ไม่เกินร้อยละ 8</td> <td>ไม่เกินร้อยละ 8</td> <td>ไม่เกินร้อยละ 8</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ไม่เกินร้อยละ 8	ไม่เกินร้อยละ 8	ไม่เกินร้อยละ 8
ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566							
ไม่เกินร้อยละ 8	ไม่เกินร้อยละ 8	ไม่เกินร้อยละ 8							
ตัวชี้วัดย่อยที่ 2	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 2564</td> <td>ปีงบประมาณ 2565</td> <td>ปีงบประมาณ 2566</td> </tr> <tr> <td>≥ร้อยละ 60</td> <td>≥ร้อยละ 60</td> <td>≥ร้อยละ 60</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 60
ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566							
≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 60							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน									
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.							
		2561	2562	2563					
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละ	2.63	0	1.39					
ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่ กำหนด	ร้อยละ	56.67	42.11	64.71					

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลและเสียชีวิตขณะ นำส่ง - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด 2.ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3) ที่มารับบริการในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดบึงกาฬ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.ข้อมูลจาก Thai ACS Registry และหรือคู่มือที่ Health Data Center (HDC) 2.รายงานจากโรงพยาบาลที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI					
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry และข้อมูล 43 แห่ง หรือข้อมูลจากแบบรายงานสาขาโรคหัวใจเขตสุขภาพที่ 8					
รายการข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 1	A = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลและเสียชีวิตขณะนำส่งผู้ป่วยทั้งหมด B = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่มาโรงพยาบาลทั้งหมด					
รายการข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 2	A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามปีละ 2 ครั้ง จากการประเมิน CUP					
เกณฑ์การประเมิน :ระดับจังหวัด/อำเภอ						
ตัวชี้วัด	เกณฑ์	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดSTEMI	รอบ1,2 ≤8%	≥12	11	10	9	≤8
ร้อยละของการให้การรักษานผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	รอบ1,2 ร้อยละ 60	≤40	45	50	55	≥60
วิธีการประเมินผล :	รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC					
เอกสารสนับสนุน :	เอกสาร 43 แห่งข้อมูลและข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจากแบบรายงานสาขาโรคหัวใจสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.กฤษฏา ศิริชัยสิทธิ์ ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน :042-491161-3 โทรศัพท์มือถือ : 086-4036438 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลบึงกาฬ 2.นางสุรีย์รัตน์ ยอดเทพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :042-492046 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ : 085-2288892 สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ					

ชื่อตัวชี้วัดที่	31. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ตัวชี้วัดย่อย : 1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) 2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62) 3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke: I63) 4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (เฉพาะโรงพยาบาลบึงกาฬ) 5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เฉพาะโรงพยาบาลบึงกาฬ)
ยุทธศาสตร์ที่	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	อัตรา, ร้อยละ
น้ำหนัก	1.5
คำนิยาม	ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 : ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วย โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (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 การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62) ตัวชี้วัดย่อยที่ 3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63)

	<p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63)</p> <p>2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63)</p> <p>3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63)</p> <p>ตัวชี้วัดย่อยที่ 4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)</p> <p>ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)</p> <p>ตัวชี้วัดย่อยที่ 5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit</p> <p>การรักษาใน Stroke Unit หรือ Stroke Unit Corner : ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) หรือ Stroke Unit Corner ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง 2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ 																
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="502 1355 1072 1444">ตัวชี้วัดย่อย</th> <th data-bbox="1072 1355 1270 1444">ปีงบประมาณ 2564</th> <th data-bbox="1270 1355 1473 1444">ปีงบประมาณ 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="502 1444 1072 1534">1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)</td> <td data-bbox="1072 1444 1270 1534"><ร้อยละ7</td> <td data-bbox="1270 1444 1473 1534"><ร้อยละ7</td> </tr> <tr> <td data-bbox="502 1534 1072 1624">2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62)</td> <td data-bbox="1072 1534 1270 1624"><ร้อยละ25</td> <td data-bbox="1270 1534 1473 1624"><ร้อยละ25</td> </tr> <tr> <td data-bbox="502 1624 1072 1713">3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke: I63)</td> <td data-bbox="1072 1624 1270 1713"><ร้อยละ5</td> <td data-bbox="1270 1624 1473 1713"><ร้อยละ5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="502 1713 1072 1975">4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (เฉพาะโรงพยาบาลบึงกาฬ)</td> <td data-bbox="1072 1713 1270 1975">≥ร้อยละ60</td> <td data-bbox="1270 1713 1473 1975">≥ร้อยละ60</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัดย่อย	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	<ร้อยละ7	<ร้อยละ7	2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62)	<ร้อยละ25	<ร้อยละ25	3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke: I63)	<ร้อยละ5	<ร้อยละ5	4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (เฉพาะโรงพยาบาลบึงกาฬ)	≥ร้อยละ60	≥ร้อยละ60	
ตัวชี้วัดย่อย	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565															
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	<ร้อยละ7	<ร้อยละ7															
2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62)	<ร้อยละ25	<ร้อยละ25															
3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke: I63)	<ร้อยละ5	<ร้อยละ5															
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (เฉพาะโรงพยาบาลบึงกาฬ)	≥ร้อยละ60	≥ร้อยละ60															

	5.ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เฉพาะโรงพยาบาลบึงกาฬ)	≥ร้อยละ60	≥ร้อยละ60		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	ร้อยละ	2.17	3.86	2.94
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62)	ร้อยละ	5.83	14.39	11.45
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke: I63)	ร้อยละ	1.43	1.83	1.50
	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (เฉพาะโรงพยาบาลบึงกาฬ)	ร้อยละ	86.49	87.18	78.95
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เฉพาะโรงพยาบาลบึงกาฬ)	ร้อยละ	55.94	55.38	51.35	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล 2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล 3.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ตีบ/อุดตันมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke :I60-I69)				
รายการข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 2	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60 - I62) จากทุกหอผู้ป่วย B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Hemorrhagic Stroke :I60-I62)				
รายการข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 3	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63) จากทุกหอผู้ป่วย B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Ischemic Stroke :I63)				

ตัวชี้วัดที่	32.ร้อยละการดำเนินงานตรวจคัดกรอง และผ่าตัดผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน				
ยุทธศาสตร์ที่	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ (ร้อยละ)				
น้ำหนัก	2				
คำนิยาม	<p>1. ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/400</p> <p>2. ตรวจคัดกรอง หมายถึง การตรวจคัดกรองสายตาส่งอายุ 60 ปี ขึ้นไป ประกอบด้วย การซักประวัติ การวัดระดับสายตา (Visual acuity : VA) ด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen's Chart) หรือวิธีอื่นๆ และการตรวจตาทั่วไป โดย อสม. หรือ บุคลากรสาธารณสุข</p> <p>3. การผ่าตัด หมายถึง การผ่าตัดผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยโดยจักษุแพทย์ แล้วพบว่าเข้าเกณฑ์เป็นผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
	หน่วยวัด		พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	1. การตรวจคัดกรองสายตาส่งอายุ 60 ปี ขึ้นไป		ร้อยละ 91.81	ร้อยละ 88.80	ร้อยละ 81.56
2. การผ่าตัดผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ภายใน 30 วัน		ร้อยละ 97.87	ร้อยละ 98.81	ร้อยละ 97.32	
เกณฑ์เป้าหมาย	1. ร้อยละการตรวจคัดกรองสายตาส่งอายุ 60 ปี ขึ้นไป รอบที่ 1 (ไตรมาสที่ 2) ≥ 50 และรอบที่ 2 (ไตรมาสที่ 4) \geq ร้อยละ 75				
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
	75	80	85	90	100
	2. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน รอบที่ 1 (ไตรมาสที่ 2) \geq ร้อยละ 90 และรอบที่ 2 (ไตรมาสที่ 4) \geq ร้อยละ 90				
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	
90	90	90	90	90	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป</p> <p>2. ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)</p>				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การตรวจคัดกรองสายตาส่งอายุ 60 ปี ขึ้นไปบันทึกลงในโปรแกรม Vision 2020 thailand ทุกราย และนำมาคำนวณเป็นร้อยละ				

	<p>2. การผ่าตัดต้อกระจก (Blinding Cataract) บันทึกลงในโปรแกรม Vision 2020 thailand ทุกราย และนำมาคำนวณเป็นร้อยละ</p> <p>หมายเหตุ การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอดจากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)</p>								
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision 2020 thailand								
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองสายตา								
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งหมด								
รายการข้อมูลที่ 3	C = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน								
รายการข้อมูลที่ 4	D = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. ร้อยละการตรวจคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป</p> $= (A/B) \times 100$ <p>2. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน</p> $= (C/D) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4								
เกณฑ์การประเมิน	1. จังหวัด อำเภอเมืองบึงกาฬ อำเภอเซกา อำเภอโซ่พิสัย (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)								
	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	น้ำหนัก	รอบที่	ระดับคะแนน				
					1	2	3	4	5
	1. ร้อยละการตรวจคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	ร้อยละ 75	2	1	≤10	20	30	40	≥50
				2	≤55	60	65	70	≥ 75
	2. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ 90	3	1	≤70	75	80	85	≥ 90
2				≤70	75	80	85	≥ 90	
2. อำเภอปากคาด อำเภอบุ่งคล้า อำเภอศรีวิไล อำเภอพรเจริญ และอำเภอบึงโขงหลง (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)									
ตัวชี้วัด	เกณฑ์	น้ำหนัก	รอบที่	ระดับคะแนน					
				1	2	3	4	5	
1. ร้อยละการตรวจคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	ร้อยละ 75	5	1	≤10	20	30	40	≥50	
			2	≤55	60	65	70	≥ 75	
หมายเหตุ - สูตรคำนวณระดับคะแนน = $\frac{\text{ระดับคะแนนที่ได้} \times \text{น้ำหนัก}}{\text{คะแนนเต็ม (5)}}$									
วิธีการประเมินผล	โปรแกรม Vision 2020 thailand								
เอกสารสนับสนุน	คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ (หน้า 19 - 25) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข								
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายวีระ จิตบรรจง				นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ104				โทรศัพท์มือถือ : 094-2837211				
	โทรสาร : 042-492001				E-mail : ncd.ssjbk@gmail.com				
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ								

ชื่อตัวชี้วัด	33.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m ² /yr				
ยุทธศาสตร์ที่ 2	ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence)				
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ(ร้อยละ)				
น้ำหนัก	1.5				
คำนิยาม	CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง stage 3-4 eGFR หมายถึง estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)				
ผลงานย้อนหลัง					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	63.53	ร้อยละ	61.95	59.93	63.53
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และ ได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า ในปีงบประมาณ ● ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น <ol style="list-style-type: none"> 1. N183-184 หรือ 2. N189,E102, E112, E122, E132, E142 ,I12, I13, I151, N083, N02, N03, N04, N05, N06, N07, N08, N11, N13, N14, N20, N21, N22, N23 ที่มี eGFR น้อยกว่า 60 แต่ มากกว่าหรือเท่ากับ 15 				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากข้อมูลใน HDC				
แหล่งข้อมูล	HDC				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (แต่สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ real time)				

ตัวชี้วัด	34. ร้อยละความสำเร็จของการป้องกันการฆ่าตัวตาย					
ยุทธศาสตร์ที่ 2	ด้านบริการเป็นเลิศ(Service Excellence)					
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ					
ลักษณะตัวชี้วัด	คะแนน					
น้ำหนัก	2					
คำนิยาม	<p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำโดยตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ</p> <p>กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ ผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย พยายามทำร้ายตัวเอง ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีประวัติใช้ยาเสพติด</p> <p>การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p> <p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD10 หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงในปีงบประมาณ 2564 พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่ทุกอำเภอในจังหวัดบึงกาฬ</p>					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2560	2561	2562	2563
	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อประชากรแสนคน	8.51	7.3	8.5	9.82
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ร้อยละ	-	40.3	43.97	50.96

	<p>ผลการดำเนินงานแยกรายอำเภอปีงบประมาณ 2563</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>อำเภอ</th> <th>อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต่อประชากรแสนคน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เมืองบึงกาฬ</td> <td>13.47</td> </tr> <tr> <td>พรเจริญ</td> <td>10.11</td> </tr> <tr> <td>โซพิสัย</td> <td>4.31</td> </tr> <tr> <td>เซกา</td> <td>14.25</td> </tr> <tr> <td>ปากคาด</td> <td>3.21</td> </tr> <tr> <td>บึงโขงหลง</td> <td>15.77</td> </tr> <tr> <td>ศรีวิไล</td> <td>0.26</td> </tr> <tr> <td>บุงคล้า</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>ที่มา : รง.506s</p>	อำเภอ	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต่อประชากรแสนคน)	เมืองบึงกาฬ	13.47	พรเจริญ	10.11	โซพิสัย	4.31	เซกา	14.25	ปากคาด	3.21	บึงโขงหลง	15.77	ศรีวิไล	0.26	บุงคล้า	0
อำเภอ	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต่อประชากรแสนคน)																		
เมืองบึงกาฬ	13.47																		
พรเจริญ	10.11																		
โซพิสัย	4.31																		
เซกา	14.25																		
ปากคาด	3.21																		
บึงโขงหลง	15.77																		
ศรีวิไล	0.26																		
บุงคล้า	0																		
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ 70 คะแนน																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจังหวัดบึงกาฬ																		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เป็นข้อมูลพื้นฐานรายงานครั้งเดียว																		
แหล่งข้อมูล	รายงานการดำเนินงานจากหน่วยบริการ /รายงาน รง.506S / HDC																		
รายการข้อมูล 1	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ B = จำนวนประชากรกลางปี 2563 สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100,000$																		
รายการข้อมูล 2	ร้อยละตำบลที่มีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต A = จำนวนตำบลที่มีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต B = จำนวนตำบลทั้งหมด สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$																		
รายการข้อมูล 3	ร้อยละกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงเชิงรุกด้วยแบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย(2Q,9Q,8Q) A = จำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงเชิงรุกด้วยแบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย(2Q,9Q,8Q) B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งหมด สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$																		
รายการข้อมูล 4	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สະสมมาจนถึงปีงบประมาณ 2564 B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$																		
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ ตามการประเมินCUP																		

เกณฑ์การประเมิน ปีงบประมาณ 2564	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระดับคะแนน				
			1	2	3	4	5
	ระดับความสำเร็จของ การลดอัตราการฆ่าตัว ตายสำเร็จ	≥ 70 คะแนน	50	60	70	80	≥90
รายละเอียดดังนี้							
	ลำดับ	กิจกรรม	คะแนน	เอกสาร ประกอบ			
	1.	ร้อยละตำบลที่มีการจัดอบรมให้ความรู้ด้าน สุขภาพจิต การปฐมพยาบาลทางใจโดยใช้หลัก 3 ส คือ 1.สอดส่องมองหา 2.ใส่ใจรับฟัง และ 3. ส่งต่อ) แก่ อสม. ให้สามารถค้นหา เฝ้าระวังและ แจ้งเหตุเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย รับรู้/เข้าใจ ถึงสัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตายของคนใกล้ตัว และสามารถช่วยเหลือเบื้องต้น	20	สรุปรายงานและ ภาพประกอบ			
		คะแนน	1	5	10	15	20
		รอบที่ 1 ร้อยละ	10	20	30	40	50
		รอบที่ 2 ร้อยละ	50	60	70	80	90
	2.	2.1 ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง ด้วยแบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าและฆ่าตัว ตาย(2Q,9Q,8Q)	25	-บันทึกข้อมูล การเข้าถึงบริการ โรคซึมเศร้า ใน 43 แห่ง -รายงานข้อมูล การคัดกรองฆ่า ตัวตาย -ภาพประกอบ			
		คะแนน	1	5	10	15	20
		รอบที่ 1 ร้อยละ	10	20	30	40	50
		รอบที่ 2 ร้อยละ	50	60	70	80	90
		2.2 กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการ ติดตามเยี่ยม เฝ้าระวัง ประเมินอาการ (5คะแนน)					
	3.	3.1 มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับการ สังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย และแนวทางการช่วยเหลือส่งต่อโรงพยาบาล ใกล้บ้าน ระดับอำเภอ และระดับหมู่บ้าน (5คะแนน) 3.2 จัดสัปดาห์สุขภาพจิต(5คะแนน)	10	สรุปรายงานและ ภาพประกอบ			

	4.	มีระบบการดูแลวิกฤตสุขภาพจิตและการปฏิบัติ โดย ทีม MCATT	10	-มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ ระบบอำเภอ แบบบูรณาการ เป็นปัจจุบัน และ กำหนด บทบาท หน้าที่ชัดเจน -รายงานการ ดำเนินงาน ภาพประกอบ																		
	5.	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ สุขภาพจิต <table border="1" data-bbox="576 712 1102 965"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>3</td> <td>6</td> <td>9</td> <td>12</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>รอบที่1 ร้อยละ</td> <td>≤40</td> <td>45</td> <td>50</td> <td>55</td> <td>≥60</td> </tr> <tr> <td>รอบที่2 ร้อยละ</td> <td>≤50</td> <td>55</td> <td>61</td> <td>66</td> <td>≥71</td> </tr> </table>	คะแนน	3	6	9	12	15	รอบที่1 ร้อยละ	≤40	45	50	55	≥60	รอบที่2 ร้อยละ	≤50	55	61	66	≥71	15	HDC
คะแนน	3	6	9	12	15																	
รอบที่1 ร้อยละ	≤40	45	50	55	≥60																	
รอบที่2 ร้อยละ	≤50	55	61	66	≥71																	
	6.	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จระดับอำเภอ(รอบ1,2) <table border="1" data-bbox="576 1010 1102 1122"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>10</td> <td>15</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>≥16</td> <td>14</td> <td>12</td> <td>10</td> <td>≤8</td> </tr> </table>	คะแนน	1	5	10	15	20	ร้อยละ	≥16	14	12	10	≤8	20	รง.506						
คะแนน	1	5	10	15	20																	
ร้อยละ	≥16	14	12	10	≤8																	
วิธีการประเมินผล	รายงานการดำเนินงานจากหน่วยบริการทุก 6 เดือน																					
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ชุดข้อมูล 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายละเอียดอื่นๆจากหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง 																					
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวธราทิพย์ เมืองแทน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ : 0908393825 โทรสาร : 0 4249 2001 E-mail : thara_pat@hotmail.com																					

ตัวชี้วัดที่	35. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)			
ยุทธศาสตร์ที่	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ			
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ			
น้ำหนัก	1			
คำนิยาม	<p>1. ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสมาคมกำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย</p> <p>2. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. จากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่น รายงานตัวชี้วัดปี 2564 ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2563 เป็นตัวหาร)</p>			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
	1. จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล	129	193	159
	2. จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตยินยอมบริจาคอวัยวะ	0	0	1
	3. อัตราส่วนของผู้บริจาคอวัยวะต่อผู้เสียชีวิต ในโรงพยาบาล 100 ราย	0	0	0.51
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	
	0.9	1.0	1.0	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล A , S (โรงพยาบาลบึงกาฬ)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะโรงพยาบาลบึงกาฬ			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลบึงกาฬ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน : จังหวัด และโรงพยาบาลบึงกาฬ				
	รอบที่ 1 (ไตรมาสที่ 2)	รอบที่ 2 (ไตรมาสที่ 4)		
	0.5	1.0		

ชื่อตัวชี้วัด	ความสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
ยุทธศาสตร์ที่ 2	ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	คะแนน
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1</p> <p>“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน</p> <p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)</p> <p>แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน</p> <p>การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ</p> <p>TEA unit (Trauma and Emergency Administration Unit คือศูนย์บริหารงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นศูนย์ที่มีบทบาทดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก 2. รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง 3. วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 4. Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะ 5. วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ 6. นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม 7. ติดตามและประเมินผลทุก 1-3 เดือน <p>องค์ประกอบ TEA unit มี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีโครงสร้างการบริหารหน่วยงาน TEA unit 2. มีการเก็บและใช้ข้อมูลซึ่งประกอบไปด้วย Emergency care data set และ Trauma care data set 3. มีกิจกรรมคุณภาพ อย่างน้อยเดือนละครั้ง 4. มีผู้อำนวยการ TEA unit

	<ol style="list-style-type: none"> 5. มีพยาบาลผู้ประสานงานอย่างน้อย 1 คน (Full Time) 6. มีเจ้าหน้าที่สนับสนุน 1 คน 7. มีสำนักงาน TEA unit ที่ชัดเจน 8. มีคอมพิวเตอร์ 9. มีครุภัณฑ์สำนักงาน
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน น้อยกว่าร้อยละ 12 ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 2. อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 3. อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 4. ร้อยละของผู้เสียชีวิตที่มี PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100 5. อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 45 6. อัตราของ TEA unit (Trauma and Emergency Administration Unit) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 7. อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

ผลงานย้อนหลัง	ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2561	2562	2563
	1	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน (trauma triage level 1) ภายใน 24 ชม. (ทั้งใน ER และ admit)	< 12 %	4.21	2.67	5.67
2	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน (non-trauma triage level 1) ภายใน 24 ชม. (ทั้งใน ER และ admit)	< 12 %	1.85	1.40	1.99	
3	3. อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที	≥ 80 %	70.5882353	85.7142857	95.5555556	
4	อัตราของผู้ป่วย triage level 1,2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม.	≥ 60 %	66.8115336	69.8157688	72.0745303	
5	ร้อยละของผู้ป่วย PS score > 0.75 ที่เสียชีวิต ได้รับการทำ root cause analysis	100%	ไม่มี case ps score > 0.75 เสียชีวิต			
6	อัตราการตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) รหัส ICD S 06.1- S 06.9	< 45 %	41.18	23.81	17.86	
7	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง	≥ 10%	22.68	19.49	12.12	
8	ECS คุณภาพ (รพ. ต้องผ่านการประเมิน 12 องค์ประกอบเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50) ≥ ร้อยละ 80	> 50%	25.94	26.84	5.69	
9	การจัดตั้ง TEA Unit (รพ. บึงกาฬ)	9 องค์ประกอบ	ยังไม่ได้ดำเนินการ			
10	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) เข้าถึง บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	≥ 24%	26.51	26.68	29.65	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากข้อมูล HDC 1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 2. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแฟ้ม ACCIDENT					
แหล่งข้อมูล	มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข					
รายการข้อมูล 1	1. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง A = จำนวนผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100					

รายการข้อมูล 2	<p>2. อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉินที่ admit ภายใน 2 ชม.</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 ที่ admit ทั้งหมด</p> <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100</p>
รายการข้อมูล 3	<p>3. อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และได้รับการผ่าตัดทั้งหมด</p> <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100</p>
รายการข้อมูล 4	<p>4. ร้อยละของผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิต ในโรงพยาบาลทุกระดับได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิต และได้รับการทำ RCA ในโรงพยาบาลทุกระดับ</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิต ในโรงพยาบาลทุกระดับ</p> <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100</p>
รายการข้อมูล 5	<p>5. อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury ทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1</p> <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100</p>
รายการข้อมูล 6	<p>6. อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ</p> <p>A = จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ</p> <p>B = จำนวน TEA unit ทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1</p> <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100</p>
รายการข้อมูล 7	<p>7. อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS</p> <p>A = จำนวน โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (ผลประเมิน 12 องค์ประกอบเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50)</p> <p>B = จำนวน โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปทั้งหมด</p> <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100</p>
รายการข้อมูล 8	<p>8. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ปีงบประมาณ 2563</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ปีงบประมาณ 2564</p> <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A-B) x 100/A</p>
ระยะเวลาประเมินผล	(ติดตามเปลี่ยนแปลงไตรมาส 2 และ 4)

เกณฑ์การประเมิน :

ประเมินระดับจังหวัด

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ร้อยละ	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1.อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง	$\leq 12\%$	<u>รอบ1,2</u> $\geq 18\%$	16%	12%	8%	$\leq 4\%$
2.อัตราของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ(รพ.ต้องผ่านการประเมิน 12 องค์ประกอบเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50)	$\geq 80\%$	<u>รอบ2</u> $\leq 40\%$	50%	60%	70%	$\geq 80\%$
3.จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง	$\geq 10\%$	<u>รอบ1,2</u> \leq ร้อยละ2	\geq ร้อยละ 4	\geq ร้อยละ 6	\geq ร้อยละ 8	\geq ร้อยละ10
4.การจัดตั้ง TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ	<u>รอบที่ 1</u> 7 องค์ประกอบ	3 องค์ประกอบ	4องค์ประกอบ	5 องค์ประกอบ	6องค์ประกอบ	7 องค์ประกอบ
	<u>รอบที่2</u> 9 องค์ประกอบ	5 องค์ประกอบ	6 องค์ประกอบ	7 องค์ประกอบ	8 องค์ประกอบ	9 องค์ประกอบ

เกณฑ์ประเมิน รพ.บึงกาฬ

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ร้อยละ	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1.อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง	≤ 12 %	<u>รอบ1,2</u> ≥18%	16%	12%	8%	≤ 4%
2.อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที	≥80%	<u>รอบ1,2</u> ≤40%	50%	60%	70%	≥80%
3.อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม.	≥60%	<u>รอบ1,2</u> ≤20%	30%	40%	50%	≥60%
4.อัตราการตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis	100 %	<u>รอบ1,2</u> 60%	70%	80%	90%	≥100%
5.อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1	≤45%	<u>รอบ1,2</u> ≥65%	60%	55%	50%	≤45%
6.ร้อยละของผลการประเมิน ECS คุณภาพเฉลี่ย 12 องค์ประกอบ	≥50%	<u>รอบ2</u> ≤30%	35%	40%	45%	≥50%
7.จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง	≥10%	<u>รอบ1,2</u> ≤ร้อยละ2	≥ร้อยละ 4	≥ร้อยละ 6	≥ร้อยละ 8	≥ร้อยละ10
8.การจัดตั้ง TEA Unit ครบ 9 องค์ประกอบ	<u>รอบที่ 1</u> 7 องค์ประกอบ <u>รอบที่2</u> 9 องค์ประกอบ	2 องค์ประกอบ	4องค์ประกอบ	5 องค์ประกอบ	6องค์ประกอบ	7 องค์ประกอบ
		5 องค์ประกอบ	6 องค์ประกอบ	7 องค์ประกอบ	8 องค์ประกอบ	9 องค์ประกอบ

เกณฑ์ประเมิน รพ.เซกา ,รพ.โซ่พิสัย ,รพ.พรเจริญ รพ.ศรีวิไล รพ.ปากคาด รพ.บึงโขงหลงและรพ.บุ่งคล้า(รพ.ระดับF3ขึ้นไป)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ร้อยละ	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1.อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง	≤ 12 %	<u>รอบ1,2</u> ≥18%	16%	12%	8%	≤ 4%
2.อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม.	≥60%	<u>รอบ1,2</u> ≤20%	30%	40%	50%	≥60%
3.จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง	≥10%	<u>รอบ1,2</u> ≥ร้อยละ2	≥ร้อยละ 4	≥ร้อยละ 6	≥ร้อยละ 8	≥ร้อยละ10
4.ร้อยละของผลการประเมิน ECS คุณภาพเฉลี่ย 12 องค์ประกอบ	≥50%	<u>รอบ2</u> ≤30%	35%	40%	45%	≥50%
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากข้อมูล43แฟ้ม ,แบบฟอร์มรายงานKPI รายอำเภอ,แบบประเมินตนเอง ECSและTEA Unit)					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1.นางกุลภัส ภูติโส ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :042-492046 โทรศัพท์มือถือ : 089-9542332</p> <p>2.นายธีรพล ไชยศาสตร์ ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุข เบอร์โทรศัพท์ 093-321-0981</p> <p>3.นางสาวกนกพร อริยกาญจน์ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์ 098-8275099 สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>					

ตัวชี้วัดที่	37.ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง)				
ยุทธศาสตร์ที่	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	2				
คำนิยาม	<p>ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในจังหวัดบึงกาฬ</p> <p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงหรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)</p> <p>ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	จำนวนครั้งผู้ป่วยสีแดง EMS	ครั้ง	710	658	1,039
	จำนวนครั้งผู้ป่วยสีแดง ER visit	ครั้ง	2,678	2,466	3,504
	ร้อยละ	ร้อยละ	26.51	26.68	29.63
	ข้อมูลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ				
	ข้อมูลรายอำเภอ		2561	2562	2563
	เมืองบึงกาฬ	ร้อยละ 8	ร้อยละ 8	ร้อยละ 23.9	
	ปากคาด	ร้อยละ 26	ร้อยละ 23	ร้อยละ 28.4	
	โซ่พิสัย	ร้อยละ 4	ร้อยละ 5	ร้อยละ 42.2	
บุงคล้า	ร้อยละ 32	ร้อยละ 26	ร้อยละ 53.3		
พรเจริญ	ร้อยละ 8	ร้อยละ 5	ร้อยละ 64.4		
เซกา	ร้อยละ 5	ร้อยละ 4	ร้อยละ 30.6		
บึงโขงหลง	ร้อยละ 6	ร้อยละ 9	ร้อยละ 20.0		
ศรีวิไล	ร้อยละ 68	ร้อยละ 61	ร้อยละ 45.9		

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในจังหวัดบึงกาฬ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละอำเภอในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) หรือระบบโปรแกรม PA ภาครัฐ 2. จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของ รพ.ระดับ S ระดับ M1, M2 และระดับ F1-F3				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) หรือระบบโปรแกรม PA ภาครัฐ รายงานการคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน ของ รพ.ทุกแห่ง ในจังหวัดบึงกาฬ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	≤ ร้อยละ 8	≥ ร้อยละ 12	≥ ร้อยละ 16	≥ ร้อยละ 20	≥ ร้อยละ 24
วิธีการประเมินผล :	การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายที่กำหนด ทุกไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	1. รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS หรือ ระบบ PA ภาครัฐ 2. รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจาก รพ.ระดับ S ระดับ M1, M2 และระดับ F1-F3				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายธีรพล ไชยศาสตร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492-046 โทรสาร : 042-492-001 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ		นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 093-321-0981 E-mail : chaiyasart.ems@gmail.com		

ตัวชี้วัดที่	38.ความสำเร็จในการดำเนินงานลดอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน
ยุทธศาสตร์ที่	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ</p> <p>ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่เกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงชกกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน</p> <p>“แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561 – 2564” คือ</p> <p>เพื่อเป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนน ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ดังนี้</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 1 การปฏิรูประบบการจัดการด้านความปลอดภัยทางถนน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเพิ่มขีดความสามารถองค์กรการบริหารความปลอดภัยทางถนน 2. เพิ่มประสิทธิภาพระบบฐานข้อมูล 3. การปรับปรุงกฎหมายให้ทันสมัย 4. เพิ่มสัดส่วนงบประมาณ ทรัพยากร และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ <p>ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนอย่างยั่งยืน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างพฤติกรรมด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเยาวชน/ในสังคม 2. ส่งเสริมให้เกิดผู้ขับขี่คุณภาพ 3. เพิ่มประสิทธิภาพการจัดการปัจจัยเสี่ยงหลักที่นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุ <p>ยุทธศาสตร์ที่ 3 ประเทศไทยขนส่งทางถนนปลอดภัย 4.0</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยของยานพาหนะ 2. ยกระดับถนนที่ปลอดภัย 3. ส่งเสริมการเดินทางเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม <p>ยุทธศาสตร์ที่ 4 ประชากรรัฐเพื่อถนนปลอดภัย</p> <p>ส่งเสริมความร่วมมือร่วมใจเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนจากทุกภาคส่วน</p> <p>เป้าหมายตัวชี้วัด ปี พ.ศ. 2560 – 2564 จากอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคน</p> <p>เป็น 30, 27, 24, 21, 18 คน ตามลำดับ</p>

เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
	ไม่เกิน 18 ต่อ แสนประชากร	ไม่เกิน 16 ต่อ แสนประชากร	ไม่เกิน 14 ต่อ แสนประชากร	ไม่เกิน 12 ต่อ แสนประชากร
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกกลุ่มอายุในจังหวัด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนนแยกเป็นรายเขต/จังหวัด จากสำนัก สาธารณสุขฉุกเฉิน กรมการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	จากสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน กรมการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากตำรวจ และบริษัทกลาง ซึ่งยืนยันโดยข้อมูล 3 ฐาน			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนทั้งหมด (V01-V89) หมายเหตุ : ปี 2564 เดือนตุลาคม 63 – กันยายน 64			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A - ×100 B			
ระยะเวลาประเมินผล				
เกณฑ์การให้คะแนน	กำหนดเป็นแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 คะแนน ดังนี้			
1 คะแนน	<p>1. มีการจัดตั้งคณะทำงาน Core Team และมีการประชุมขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (พขอ./ศปถ. อำเภอ) (0.25คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีการจัดตั้งคณะทำงาน/ คณะอนุกรรมการ ภายใต้ ศปถ.อำเภอ หรือ พขอ. ● มีการประชุมขับเคลื่อน/วางแผนการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การระดมแบบมีส่วนร่วมของสหสาขาของอำเภอ (พขอ./ศปถ. อำเภอ/ศปถ.อปท.) <p>2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและจัดทำสถานการณ์ (0.25คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● จัดทำข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอ ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี(ไม่จำกัดฐานข้อมูล) ● นำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ 1) บุคคล 2) สภาวะแวดล้อม 3) ระบบที่เกี่ยวข้อง <p>3. มีการสอบสวนสาเหตุ การบาดเจ็บและเสียชีวิต (0.5คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีรายงานสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ตามเกณฑ์การสอบสวน และวิเคราะห์แบบแผนการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยใช้ Haddon's Matrix ● มีการนำเสนอรายงานการสอบสวนต่อศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ 			
1 คะแนน	<p>1.มีแผนงาน/โครงการในปีที่ดำเนินการ (0.5คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีแผนงาน/โครงการในปีที่ดำเนินการ ที่ระบุกิจกรรมและระยะเวลาในการแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา <p>2. การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยง (Black Spot) (0.5คะแนน)</p>			

	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการชี้เป้าและจัดการแก้ไขจุดเสี่ยง โดยการนำข้อมูลของหน่วยงานสาธารณสุขและเครือข่าย หรือข้อมูลจากการสอบสวนฯ มาวิเคราะห์สาเหตุ ค้นหาและชี้เป้าจุดเสี่ยงหรือสถานที่เสี่ยง เช่น ถนน สี่แยก สามแยก หน้าโรงเรียน โรงงาน หมู่บ้าน ตลาดสด หรือพฤติกรรมเสี่ยงบนถนน เช่น ย้อนศรบรรทุกเกิน ขับรถเร็ว จอดไหล่ทาง เป็นต้น ● การนำเสนอข้อมูลเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขในการประชุมทีมสหสาขา เพื่อผลักดันให้เกิดการแก้ไขทั้งเชิงกายภาพ หรือ การแก้ไขเชิงพฤติกรรม เช่น การขับรถย้อนศร การจอดบนไหล่ทางของรถใหญ่ การบรรทุกเกิน เช่น รถบรรทุกอ้อย เป็นต้น
<p>1 คะแนน</p>	<p>1. การดำเนินงานมาตรการชุมชน/ด่านชุมชน (0.25คะแนน)</p> <p>มีการขับเคลื่อนร่วมของทีมสหสาขาการดำเนินงานมาตรการชุมชน/ด่านชุมชน/ศูนย์สร้างเมา ในช่วงเทศกาลหรือในช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยมีกิจกรรมที่กำหนด ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนรับทราบมาตรการ/อบรมกลุ่มเสี่ยง/เสียงตามสาย/ติดตั้งป้ายมาตรการ ➢ การเตรียมทีมผู้ปฏิบัติในด่านชุมชนเพื่อซักซ้อมแนวปฏิบัติ <ul style="list-style-type: none"> ● มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานและภาพถ่าย <p>2. การดำเนินงานมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน (0.5คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีการดำเนินงานมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนนในหน่วยงานภาครัฐ สถานประกอบการ โรงเรียน รพสต. สสอ. เป็นต้น ➢ มีการตั้งคณะทำงานและมีการจัดการประชุมขับเคลื่อน ➢ มีการระบุเป้าหมาย เช่น หมวกนิรภัย เข็มขัดนิรภัย การขับรถเร็วของรถยนต์ราชการ รถยนต์สถานประกอบการ ➢ มีการติดตามประเมินผล ● มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานและภาพถ่าย <p>3. การรณรงค์ให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ ป้องกันการบาดเจ็บทางถนน (0.25คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีการจัดกิจกรรมการรณรงค์ให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ ร่วมกับสหสาขาและเครือข่ายในหน่วยงานของรัฐ สถานประกอบการ โรงเรียน ชุมชน เป็นต้น ● ภาพกิจกรรมการเกี่ยวกับการสื่อสารประชาสัมพันธ์ระบุ วัน/เดือน/ปีและชื่อชุมชนหรือองค์กร หรือหน่วยงานที่ดำเนินการบริเวณเหนือหรือใต้ภาพ
<p>1 คะแนน</p>	<p>1. การขับเคลื่อนทีมระดับตำบลหรือหน่วยงานในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (RTI Team ตำบล) (0.5คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีการขับเคลื่อนทีมระดับตำบลหรือหน่วยงาน ที่มีสมาชิกมาจากองค์การบริหารส่วนตำบล, เทศบาล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครของชุมชน เช่น อาสาสมัครกู้ชีพ, อปพร., อสม.,

ตัวชี้วัดที่	39.ความสำเร็จในการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตัวชี้วัดย่อย 1. ร้อยละผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน 2. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3. ร้อยละผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ 4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่																																																																												
ยุทธศาสตร์ที่	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)																																																																												
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ																																																																												
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ และคุณภาพ																																																																												
หน่วยวัด	ร้อยละ																																																																												
น้ำหนัก	2																																																																												
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึงผู้ป่วยกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(J44)ตามรหัสโรค ICD-10 โดยนับเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป</p> <p>การได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> -วินิจฉัยถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา (การประเมินสมรรถภาพปอด Spirometry) -มีการติดตามการรักษา เช่น mMRC,CAT score,6MWT,การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ -มีการประเมินการใช้ยาพ่นควบคุม (controller) -ให้คำแนะนำการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยังสูบ <p>การประเมินตามเกณฑ์ตามคู่มือตัวชี้วัดที่จัดทำโดยกรมการแพทย์ ประกอบด้วย</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">รายการ</th> <th colspan="3">ครั้งแรก</th> <th colspan="3">ปีละ 1 ครั้ง</th> </tr> <tr> <th>F</th> <th>M</th> <th>A/S</th> <th>F</th> <th>M</th> <th>A/S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การประเมินสมรรถภาพปอด</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>การประเมินการสูบบุหรี่</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>การติดตาม mMRC</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>การติดตาม CAT</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>การติดตามการใช้ยาพ่นควบคุม</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>การติดตาม 6 MWT</td> <td></td> <td>+</td> <td>+</td> <td></td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>การ CXR ยืนยันไม่ใช่ภาวะโรคอื่น</td> <td></td> <td></td> <td>+</td> <td></td> <td></td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Pulmonary Rehabilitation เมื่อมี mMRC>2 หรือ Exacerbation</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>+</td> </tr> </tbody> </table> <p>การกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง การกำเริบเฉียบพลันของโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจำเป็นต้องได้รับยา กลุ่ม Systemic corticosteroid (Dexamethasone, hydrocortisone)และหรือยาปฏิชีวนะตามรหัสโรค ICD-10 J44.0,J44.1 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป</p>	รายการ	ครั้งแรก			ปีละ 1 ครั้ง			F	M	A/S	F	M	A/S	การประเมินสมรรถภาพปอด	+	+	+	+	+	+	การประเมินการสูบบุหรี่	+	+	+	+	+	+	การติดตาม mMRC	+	+	+	+	+	+	การติดตาม CAT	+	+	+	+	+	+	การติดตามการใช้ยาพ่นควบคุม	+	+	+	+	+	+	การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่				+	+	+	การติดตาม 6 MWT		+	+		+	+	การ CXR ยืนยันไม่ใช่ภาวะโรคอื่น			+			+	Pulmonary Rehabilitation เมื่อมี mMRC>2 หรือ Exacerbation						+
รายการ	ครั้งแรก			ปีละ 1 ครั้ง																																																																									
	F	M	A/S	F	M	A/S																																																																							
การประเมินสมรรถภาพปอด	+	+	+	+	+	+																																																																							
การประเมินการสูบบุหรี่	+	+	+	+	+	+																																																																							
การติดตาม mMRC	+	+	+	+	+	+																																																																							
การติดตาม CAT	+	+	+	+	+	+																																																																							
การติดตามการใช้ยาพ่นควบคุม	+	+	+	+	+	+																																																																							
การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่				+	+	+																																																																							
การติดตาม 6 MWT		+	+		+	+																																																																							
การ CXR ยืนยันไม่ใช่ภาวะโรคอื่น			+			+																																																																							
Pulmonary Rehabilitation เมื่อมี mMRC>2 หรือ Exacerbation						+																																																																							

รายละเอียดข้อมูล
พื้นฐาน

1. ร้อยละผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน > 60 %

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
		รายอำเภอ	2562	2563
ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน	ร้อยละ	บึงกาฬ	47.85	20.00
		พรเจริญ	8.74	29.05
		โซ่พิสัย	63.11	29.54
		เซกา	9.17	19.55
		ปากคาด	52.91	77.27
		บึงโขงหลง	51.47	28.57
		ศรีวิไล	38.16	89.55
		บุงคล้า	8.54	96.23
		จังหวัดบึงกาฬ	34.99	48.72

ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาล

2. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

		รายอำเภอ	2562	2563
อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ร้อยละ	บึงกาฬ	184.22	208.08
		พรเจริญ	145.79	180.09
		โซ่พิสัย	202.26	122.37
		เซกา	140.63	159.56
		ปากคาด	112.44	87.50
		บึงโขงหลง	142.14	157.34
		ศรีวิไล	68.39	56.45
		บุงคล้า	59.52	38.18
		จังหวัดบึงกาฬ	147.08	152.12

ข้อมูลจาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

3. ร้อยละผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
		รายอำเภอ	2562	2563
ร้อยละผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่	ร้อยละ	บึงกาฬ	11.24	41.02
		พรเจริญ	43.72	72.69
		โซ่พิสัย	35.44	67.95
		เซกา	29.82	48.86
		ปากคาด	12.17	34.29
		บึงโขงหลง	33.09	41.21
		ศรีวิไล	32.24	98.48
		บึงคล้า	21.95	98.11
		จังหวัดบึงกาฬ	25.25	62.83

ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาล

4. อัตราผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
		รายอำเภอ	2562	2563
ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่	ร้อยละ	บึงกาฬ	25.80	45.96
		พรเจริญ	98.68	85.77
		โซ่พิสัย	75.39	40.37
		เซกา	25.82	52.74
		ปากคาด	22.61	43.60
		บึงโขงหลง	76.24	73.47
		ศรีวิไล	56.10	96.43
		บึงคล้า	55.80	100
		จังหวัดบึงกาฬ	48.27	67.29

ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาล

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยโรคหืดที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 43 แห่งของสถานพยาบาล/HDC
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 43 แห่งของสถานพยาบาล/HDC

รายการข้อมูล 1	<p>1. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง</p> <p>A = จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และหรือต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลด้วยการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และได้รับยา corticosteroid (รหัสยา 24 หลักของ Dexamethasone : 1013800000006800181506 , รหัสยา 24 หลักของ hydrocortisone : 101382263001171110281166) และหรือยาปฏิชีวนะ โดยนับเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (PDx = J44.0, J44.1) หน่วยเป็นครั้ง</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (PDx = J44) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา รวมกับจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในปีปัจจุบัน หน่วยเป็นคน</p>
รายการข้อมูล 2	<p>2. ร้อยละผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่</p> <p>A = ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่</p> <p>D = ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด</p>
รายการข้อมูล 3	<p>2. ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่</p> <p>E = ผู้ป่วยโรคหืดที่ขึ้นทะเบียนได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่</p> <p>F = ผู้ป่วยโรคหืดที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน (ไตรมาส 2 และ ไตรมาส 4)

เกณฑ์การประเมิน : ระดับจังหวัด

ตัวชี้วัด	รอบ/เกณฑ์ประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
1. ร้อยละผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน	รอบที่ 1 ≥ 20 %	≤ 8	11	14	17	≥ 20 %
	รอบที่ 2 ≥ 60 %	≤ 20	30	40	50	≥ 60 %
2. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	รอบที่ 1, 2 ≤ 110%	≥ 130	125	120	115	≤ 110
3. ร้อยละผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่	รอบที่ 2 ≥ 90 %	≤ 50	60	70	80	≥ 90 %
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่	รอบที่ 2 ≥ 90 %	≤ 50	60	70	80	≥ 90 %

เกณฑ์การประเมิน : ระดับอำเภอ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 คะแนนดังนี้		
คะแนน	แนวทางการดำเนินงาน	เอกสาร/ หลักฐาน
0.25	1. แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน -มีการกำหนดนโยบาย เป้าหมายการดำเนินงาน -มีการสื่อสารนโยบาย เป้าหมายการดำเนินงานให้รับรู้ทั่วถึงกัน -มีคำสั่งสหสาขาวิชาชีพกำหนดบทบาทหน้าที่โดยละเอียดเป็นลายลักษณ์อักษร -มีการประชุมคณะทำงาน ไม่น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง	
0.25	2. ประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ -จัดทำข้อมูลสถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหอบหืดย้อนหลังไม่น้อยกว่า 3 ปี -วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา สํารวจส่วนขาด -ร่วมตัดสินใจกำหนดวิธีการหรือแนวทางปฏิบัติร่วมกันและร่วมกำกับติดตามให้เป็นไปตามแนวทาง -คืนข้อมูล/นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อคณะทำงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง	
0.25	3. แผนงาน/โครงการ/เป้าหมาย/กลวิธี/แนวทางการดำเนินงาน/รายละเอียดกิจกรรม/งานใน บทบาทความรับผิดชอบ -แผนงาน ฯ เป็นลายลักษณ์อักษร -ส่งเสริมให้มีการจัดบริการเชิงรุก/คลินิกเคลื่อนที่ในชุมชน -จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง -จัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและให้ความรู้ ร่วมกับแกนนำชุมชน	
0.5	4. การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ -มีทะเบียนข้อมูลการดำเนินงานให้บริการครบถ้วน -บันทึกติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน -ระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการจัดการข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ เข้าใจง่าย ทันต่อเวลา คุ่ม ราคา ตรวจสอบได้ ยืดหยุ่น สอดคล้องกับความต้องการ สะดวกในการเข้าถึงและปลอดภัย -สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ แนวทางแก้ไขและแผนการดำเนินงานใน ปีต่อไป	
0.25	5. กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน -เลือกเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน -กำหนดช่วงเวลา/จำนวนครั้ง/ระยะเวลาในการประเมิน/ผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน -แผนติดตามกำกับและประเมินผล -กำหนดประเด็นหลักที่ต้องการติดตาม	
0.5	6. รูปแบบการจัดบริการ/มาตรฐาน/CPG -เป็นลายลักษณ์อักษรและมีการใช้งาน -มีการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง	
0.5	7. มีการพัฒนานวัตกรรมที่เกิดประโยชน์และนำไปใช้ได้จริง -นวัตกรรม -มีการถ่ายทอด/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปยังพื้นที่ใกล้เคียง	
0.5	8. การมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่าย องค์กร ในชุมชน -ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรค ปัญหาและปัจจัยเสี่ยง เพื่อวางแผนกำหนดมาตรการ จัดการปัญหา -ร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการและขับเคลื่อนงานตามแผนเพื่อจัดการแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับ ข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์	

ตัวชี้วัดที่	40. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia ได้รับการดูแลตามเกณฑ์ ตัวชี้วัดย่อย 1. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มี Hemoglobin ≥ 9 g/dl. 2. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีค่า ferritin น้อยกว่า 2,500 3. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีน้ำหนัก/ส่วนสูงตามเกณฑ์ 3.1. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีน้ำหนัก ตามเกณฑ์ 3.2 ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีส่วนสูงตามเกณฑ์			
ยุทธศาสตร์ที่	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ			
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ (ร้อยละ)			
หน่วยวัด	ร้อยละ			
น้ำหนัก	1.5			
คำนิยาม	Thalassemia เป็นโรคทางพันธุกรรมมีอาการซีดเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนคือการเจริญเติบโตที่ไม่สมอายุ การทำงานผิดปกติของต่อมไร้ท่อ รวมถึงภาวะเหล็กเกินที่เกิดขึ้นจากตัวโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย และจากการรักษาด้วยการรับเลือด			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (baseline Data)	หน่วย นับ	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562	
			ผลงาน	ร้อยละ
	ร้อยละผู้ป่วยที่ Thalassemia ได้รับเลือดมี Hemoglobin ≥ 9 g/dl.	ร้อยละ	NA	NA
	ร้อยละผู้ป่วยที่ Thalassemia ได้รับเลือดมีค่า ferritin น้อยกว่า 2500	ร้อยละ	NA	NA
	ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia ที่ได้รับเลือด มีน้ำหนัก/ส่วนสูงตามเกณฑ์	ร้อยละ	NA	NA
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่ 1	1. จำนวนผู้ป่วย Thalassemia หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis) ว่ามีภาวะ transfusion dependent thalassemia; TDT 2. จำนวนผู้ป่วย Thalassemia ทั้งหมด หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายตามการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis; D56.1) transfusion dependent thalassemia; (TDT) และได้รับเลือดทุก 2-3 สัปดาห์ทั้งหมด			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ตัวชี้วัด 2 และ 3	1. จำนวนผู้ป่วยใน Thalassemia หมายถึง จำนวนผู้ป่วยในเด็ก (อายุ 0- 15 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis) ว่ามีภาวะ transfusion dependent thalassemia; TDT 2. จำนวนผู้ป่วยใน Thalassemia ทั้งหมด หมายถึง จำนวนผู้ป่วยในเด็ก (อายุ 0- 15 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis) ว่ามีภาวะ			

	transfusion dependent thalassemia; TDT ที่จำหน่ายตามการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis; D56.0 ,D56.1) transfusion dependent thalassemia; (TDT)และได้รับเลือดทุก 2 - 4 สัปดาห์																														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากแบบฟอร์มรายงาน Thalassemia จังหวัดบึงกาฬ/HDC																														
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล รพท./รพช. ทุกแห่ง																														
รายการข้อมูล 1 ตัวชี้วัดที่1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยในที่วินิจฉัยเป็นThalassemiaชนิด transfusion dependent thalassemia; TDT ที่ได้รับเลือดและมี ค่า Hemoglobin ≥ 9 g/dl. มากกว่าหรือเท่ากับ 80 เปอร์เซ็นต์ของการให้เลือดทั้งหมด																														
รายการข้อมูล 2ตัวชี้วัดที่1	B ผู้ป่วยในที่วินิจฉัยเป็น Thalassemia (TDT) ที่ได้รับเลือดทั้งหมด																														
รายการข้อมูล 1 ตัวชี้วัดที่2	A = จำนวนผู้ป่วยใน Thalassemia(TDT) ที่ได้รับเลือด (มีค่าferritin น้อยกว่า 2500) ใช้ผลการตรวจ Ferritin ครั้งล่าสุด																														
รายการข้อมูล 2ตัวชี้วัดที่2	B = ผู้ป่วย Thalassemia (TDT) ทั้งหมด ที่จำหน่ายตามการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis) ตลอดการรักษาตามช่วงเวลาที่กำหนด																														
รายการข้อมูล 1 ตัวชี้วัดที่3	A = จำนวนผู้ป่วย Thalassemia(TDT) ที่มีน้ำหนัก ส่วนสูง ผ่านเกณฑ์ (ตามเกณฑ์มาตรฐานเด็กไทย ในสมุดประจำตัวผู้ป่วย) โดยนับที่เส้น P3 ขึ้นไป ถือว่า ผ่านเกณฑ์ (ต้องผ่านเกณฑ์ทั้งน้ำหนัก ส่วนสูง ถึงถือว่าผ่าน)																														
รายการข้อมูล 2ตัวชี้วัดที่3	B = ผู้ป่วย Thalassemia(TDT)ที่ได้รับเลือดทั้งหมด ที่ทำการรักษาตามช่วงเวลาที่กำหนด																														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A - $\times 100$ B																														
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง ติดตามจากการประเมิน CUP																														
<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>1.ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีHemoglobin ≥ 9 g/dl. เกณฑ์ \geqร้อยละ 80</p> <table border="1"> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4คะแนน</td> <td>5คะแนน</td> </tr> <tr> <td>≥ 50</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>≥ 90</td> </tr> </table> <p>2.ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีค่าferritin น้อยกว่า 2500 เกณฑ์ \geqร้อยละ 80</p> <table border="1"> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4คะแนน</td> <td>5คะแนน</td> </tr> <tr> <td>≥ 50</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>≥ 90</td> </tr> </table> <p>3.ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีน้ำหนัก/ส่วนสูงตามเกณฑ์ เกณฑ์ ร้อยละ 80</p> <table border="1"> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4คะแนน</td> <td>5คะแนน</td> </tr> <tr> <td>≥ 50</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>≥ 90</td> </tr> </table>		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4คะแนน	5คะแนน	≥ 50	60	70	80	≥ 90	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4คะแนน	5คะแนน	≥ 50	60	70	80	≥ 90	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4คะแนน	5คะแนน	≥ 50	60	70	80	≥ 90
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4คะแนน	5คะแนน																											
≥ 50	60	70	80	≥ 90																											
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4คะแนน	5คะแนน																											
≥ 50	60	70	80	≥ 90																											
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4คะแนน	5คะแนน																											
≥ 50	60	70	80	≥ 90																											

วิธีการประเมินผล :	1. แบบฟอร์มรายงาน Thalassemia จังหวัดบึงกาฬ 2.ระบบรายงาน HDC
เอกสารสนับสนุน :	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวธาราทิพย์ เมืองแทน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ : 0908393825 โทรสาร : 0 4249 2001 E-mail : thara_pat@hotmail.com

ตัวชี้วัดที่	41.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)				
ยุทธศาสตร์ที่	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	1.5				
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษา และมีคะแนนประเมินความรุนแรงตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ.v2 ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ใช้ยาเสพติด (User) คะแนน 2-3 - ผู้เสพยาเสพติด (Abuse) คะแนน 4-6 - ผู้ติดยาเสพติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	ร้อยละ	52.87	51.51	75.41
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในทุกระบบ และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาล				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปีหลังจำหน่าย				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่ได้เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ 2562 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด (ยกเว้นถูกจับ หรือเสียชีวิต)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				

เกณฑ์การประเมิน : **ร้อยละ 55**

รอบที่ 1

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤5	10	15	20	≥25

รอบที่ 2

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤35	40	45	50	≥55

วิธีการประเมินผล :

สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงาน
ในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย ศูนย์อำนวยการ
ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน :

ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นางสาวธราทิพย์ เมืองแทน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สสจ.บึงกาฬ โทรศัพท์มือถือ : 090-8393825

ตัวชี้วัดที่	42.ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด																									
ยุทธศาสตร์ที่	ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)																									
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดงานประจำ																									
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ																									
หน่วยวัด	ร้อยละ																									
น้ำหนัก	1.5																									
คำนิยาม	<p>1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ (C220-C229) มะเร็งปอด (C340-C349) มะเร็งเต้านม (C500-C509) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C180-C209) และมะเร็งปากมดลูก (C530-C539)</p> <p>2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษาเป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ <p>3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 1.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด 																									
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<p>1. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด/รังสีรักษาภายในระยะเวลา</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="2">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>โรงพยาบาล</th> <th>2562</th> <th>2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">การผ่าตัดใน 4 สัปดาห์</td> <td rowspan="3">ร้อยละ</td> <td>บึงกาฬ</td> <td>79.07(68/86)</td> <td>82.08(87/106)</td> </tr> <tr> <td>เซกา</td> <td>100 (13/13)</td> <td>100 (8/8)</td> </tr> <tr> <td>บึงโขงหลง</td> <td>100 (7/7)</td> <td>100 (3/3)</td> </tr> <tr> <td>เคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์</td> <td>ร้อยละ</td> <td>บึงกาฬ</td> <td>100 (11/11)</td> <td>70 (21/30)</td> </tr> </tbody> </table>			Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		โรงพยาบาล	2562	2563	การผ่าตัดใน 4 สัปดาห์	ร้อยละ	บึงกาฬ	79.07(68/86)	82.08(87/106)	เซกา	100 (13/13)	100 (8/8)	บึงโขงหลง	100 (7/7)	100 (3/3)	เคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	บึงกาฬ	100 (11/11)	70 (21/30)
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																								
		โรงพยาบาล	2562	2563																						
การผ่าตัดใน 4 สัปดาห์	ร้อยละ	บึงกาฬ	79.07(68/86)	82.08(87/106)																						
		เซกา	100 (13/13)	100 (8/8)																						
		บึงโขงหลง	100 (7/7)	100 (3/3)																						
เคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	บึงกาฬ	100 (11/11)	70 (21/30)																						

	<p>2. การบันทึกข้อมูลเพื่อติดตามผู้ป่วยในการดูแลรักษาโรคมะเร็งในระบบทะเบียนมะเร็งของโรงพยาบาล</p> <table border="1" data-bbox="416 286 1461 533"> <thead> <tr> <th data-bbox="416 286 836 338">โปรแกรมที่บันทึกข้อมูล</th> <th data-bbox="836 286 1461 338">หน่วยบริการที่ใช้โปรแกรม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="416 338 836 434">โปรแกรม Thai Cancer Based สถาบันมะเร็งแห่งชาติ</td> <td data-bbox="836 338 1461 434">โรงพยาบาลบึงกาฬ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 434 836 533">โปรแกรม HOSxP ; คลินิกพิเศษโรคมะเร็ง</td> <td data-bbox="836 434 1461 533">รพ.เซกา, รพ.บึงโขงหลง,รพ.ปากคาด, รพ.พรเจริญ, รพ.ศรีวิไล, รพ.โซ่พิสัย, รพ.บุ่งคล้า</td> </tr> </tbody> </table>	โปรแกรมที่บันทึกข้อมูล	หน่วยบริการที่ใช้โปรแกรม	โปรแกรม Thai Cancer Based สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	โรงพยาบาลบึงกาฬ	โปรแกรม HOSxP ; คลินิกพิเศษโรคมะเร็ง	รพ.เซกา, รพ.บึงโขงหลง,รพ.ปากคาด, รพ.พรเจริญ, รพ.ศรีวิไล, รพ.โซ่พิสัย, รพ.บุ่งคล้า
โปรแกรมที่บันทึกข้อมูล	หน่วยบริการที่ใช้โปรแกรม						
โปรแกรม Thai Cancer Based สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	โรงพยาบาลบึงกาฬ						
โปรแกรม HOSxP ; คลินิกพิเศษโรคมะเร็ง	รพ.เซกา, รพ.บึงโขงหลง,รพ.ปากคาด, รพ.พรเจริญ, รพ.ศรีวิไล, รพ.โซ่พิสัย, รพ.บุ่งคล้า						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม (S) เคมีบำบัด (C) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผล ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 <u>วันที่ตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained date)</u> วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ยืนยันโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้น ๆ 3.2 <u>วันที่ผ่าตัด (Operation date)</u> เพื่อการรักษา 3.3 <u>วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย</u> <u>กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ</u> 3.4 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง 						
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทะเบียนมะเร็ง (Cancer registry) <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Thai Cancer Based โรงพยาบาลบึงกาฬ 1.2 HOSxP Program โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง 2. หน่วยบริการผู้ป่วยนอก ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด 						
รายการข้อมูล 1	$A_{(S)} = \text{จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา} \leq 4 \text{ สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด}$ $A_{(C)} = \text{จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด} \leq 6 \text{ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด}$						
รายการข้อมูล 2	$B_{(S)} = \text{จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด}$ $B_{(C)} = \text{จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัด}$						
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A_{(S)} / B_{(S)}) + (A_{(C)} / B_{(C)}) / 2 \times 100$						
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน (ไตรมาส 2 และ ไตรมาส 4)						

เกณฑ์การประเมิน	ระดับจังหวัด							
	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระดับคะแนน					
			1	2	3	4	5	
	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ 70	≤50	55	60	65	≥70	
	ระดับอำเภอ							
	แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่							
	1. โรงพยาบาลที่ให้การรักษาโรคมะเร็ง ได้แก่ รพ.บึงกาฬ, รพ.เซกา, รพ.บึงโขงหลง							
	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	น้ำหนัก	ระดับคะแนน				
				1	2	3	4	5
	1. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด/รังสีรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	≥70	70	≤50	55	60	65	≥70
	2. การจัดทำทะเบียนมะเร็งของโรงพยาบาล	5คะแนน	30	1	2	3	4	5
	2. โรงพยาบาลที่ไม่มีการรักษาโรคมะเร็ง ได้แก่ รพ.ปากคาด รพ.พรเจริญ รพ.ศรีวิไล รพ.โซ่พิสัย และ รพ.บุงคล้า							
	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับคะแนน					
			1	2	3	4	5	
	การจัดทำทะเบียนมะเร็งของโรงพยาบาล	5 คะแนน						
	กิจกรรม							
	1. มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานโรคมะเร็ง เพื่อดำเนินการจัดทำ Hospital Based Cancer Registry ของโรงพยาบาล						1	
	2. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่โปรแกรม Thai Cancer Based (TCB) หรือโปรแกรม HOSxP ; คลินิกพิเศษโรคมะเร็ง) อย่างถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน						1	
	3. มีการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งโดยบูรณาการกับงานที่เกี่ยวข้อง						1	
	4. มีการรายงานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ (New case) ,ระยะของโรค (staging) และระยะเวลารอคอยการรักษา (waiting time) รวมทั้งสามารถรายงานผลตามตัวชี้วัด Service plan อื่น ๆ ในรายไตรมาส โดย สสจ.เป็นหน่วยเก็บรวบรวมข้อมูลรายไตรมาส ครั้งละ 1 คะแนน						2	
วิธีการประเมินผล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลทุกไตรมาส และนิเทศติดตามประเมินผล							

เอกสารสนับสนุน	คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ปี 2561 - 2565
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1.นางพิกุลทอง สมตน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492045-6 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ 063-4963942</p> <p>2.นางสาวลดาวรรณ ช่างศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492045-6 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ 062-6392220</p> <p>สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬโทรสาร : 0 4249 2001</p> <p>E-mail : ladawan.cabk@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>

ตัวชี้วัดที่	43. ประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก																		
ยุทธศาสตร์ที่	ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)																		
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดงานประจำ																		
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ																		
หน่วยวัด	ร้อยละ																		
น้ำหนัก	1.5																		
คำนิยาม	<p><u>การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง</u> หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย* (อายุ 30-70 ปี) ได้รับความรู้และสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลความผิดปกติของเต้านม และได้รับการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Awareness หรือ Breast Self Examination : BSE) มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างสม่ำเสมอ ตามคำแนะนำ</p> <p><u>การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข</u> หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย* (อายุ 30-70 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (Clinical Breast Examination : CBE) อย่างน้อยคนละ 1 ครั้งต่อปี</p> <p><u>การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</u> หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย* อายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear หรือ VIA ทั้งในหน่วยบริการและนอกหน่วยบริการ ในเขตรับผิดชอบ โดยการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การส่งต่อผู้ที่พบความผิดปกติเพื่อการรักษาตามมาตรฐาน และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่</p> <p>การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูกไปป้ายลงบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผลโดยบุคลากรเซลล์วิทยา</p> <p>การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA (Visual Inspection with Acetic Acid) หมายถึง วิธีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางป้ายที่บริเวณปากมดลูก ทิ้งไว้ 1 นาที น้ำส้มสายชูจะไปทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อที่ผิดปกติของปากมดลูกให้เห็นเป็นฝ้าขาวขอบเขตชัดเจน และตำแหน่งแน่นอน สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ซึ่งไม่ได้หมายความว่า เป็นมะเร็ง แต่ถ้าปล่อยไว้ไม่ได้รับการรักษาอาจกลายเป็นมะเร็งได้ ซึ่งเหมาะสมในการคัดกรองสำหรับสตรีอายุ 30-45 ปี</p> <p>*สตรีกลุ่มเป้าหมาย คือ สตรีกลุ่มเป้าหมายในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่อาศัยอยู่จริง (type 1,3)</p>																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data (ระดับจังหวัด)</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)</td> <td>ร้อยละ</td> <td>87.71</td> <td>84.22</td> <td>86.68</td> </tr> <tr> <td>สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE)</td> <td>ร้อยละ</td> <td>91.25</td> <td>88.44</td> <td>90.92</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data (ระดับจังหวัด)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)	ร้อยละ	87.71	84.22	86.68	สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE)	ร้อยละ	91.25	88.44	90.92
Baseline data (ระดับจังหวัด)	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2561	2562	2563															
สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)	ร้อยละ	87.71	84.22	86.68															
สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE)	ร้อยละ	91.25	88.44	90.92															

สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ	61.40	73.93	29.08
--	--------	-------	-------	-------

Baseline data (ระดับอำเภอ)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563

สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)				
--	--	--	--	--

บึงกาฬ	ร้อยละ	87.25	88.35	92.42
พรเจริญ	ร้อยละ	97.21	86.03	95.09
โซ่พิสัย	ร้อยละ	83.51	87.9	90.88
เซกา	ร้อยละ	90.44	69.19	91.02
ปากคาด	ร้อยละ	87.48	86.58	87.51
บึงโขงหลง	ร้อยละ	83.95	90.36	57.33
ศรีวิไล	ร้อยละ	86.93	90.61	81.8
บุ่งคล้า	ร้อยละ	81.63	79.29	67.06

สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE)				
---	--	--	--	--

บึงกาฬ	ร้อยละ	93.39	90.16	92.91
พรเจริญ	ร้อยละ	97.8	96.73	95.61
โซ่พิสัย	ร้อยละ	92.29	93.3	91.86
เซกา	ร้อยละ	90.96	74.62	95.04
ปากคาด	ร้อยละ	88.67	87.62	87.89
บึงโขงหลง	ร้อยละ	85.02	92.45	83.38
ศรีวิไล	ร้อยละ	88.19	90.89	82.83
บุ่งคล้า	ร้อยละ	87.18	93.97	84.64

สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
--	--	--	--	--

บึงกาฬ	ร้อยละ	69.68	85.41	48.27
พรเจริญ	ร้อยละ	55.21	61.70	22.4
โซ่พิสัย	ร้อยละ	53.36	66.75	38.22
เซกา	ร้อยละ	83.62	89.26	17.29
ปากคาด	ร้อยละ	67.25	82.47	8.17
บึงโขงหลง	ร้อยละ	24.87	34.19	15.47
ศรีวิไล	ร้อยละ	21.57	41.95	20.55
บุ่งคล้า	ร้อยละ	51.65	56.26	42.61

<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>มะเร็งเต้านม</p> <p>1. วัตถุประสงค์ครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย \geq ร้อยละ 80 ต่อปี</p> <p>2. วัตถุประสงค์ครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่มีการตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสุขภาพ (Clinical Breast Examination : CBE) อย่างน้อยคนละ 1 ครั้งต่อปี ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย \geq ร้อยละ 80 ต่อปี</p> <p>มะเร็งปากมดลูก</p> <p>วัตถุประสงค์ครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ครอบคลุมเป้าหมาย \geq ร้อยละ 80 (ปี 2563 - 2567 กำหนดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม \geq ร้อยละ 80 ; ร้อยละ 20 ต่อปี)</p>																																																				
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>1. สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-70 ปี) คัดกรองมะเร็งเต้านม</p> <p>2. สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) คัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p>																																																				
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย และจำนวนที่ได้รับการคัดกรอง</p> <p>1. การคัดกรองมะเร็งเต้านม</p> <table border="1" data-bbox="480 909 1490 1816"> <thead> <tr> <th rowspan="2">รหัส</th> <th rowspan="2">Description</th> <th colspan="2">Service plan มะเร็ง</th> <th rowspan="2">หมายเหตุ</th> </tr> <tr> <th>CBE</th> <th>BSE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1B0030</td> <td>ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองได้ผลปกติ</td> <td>ผลปกติ</td> <td>ผลปกติ</td> <td>นับผลงานได้ทั้ง CBE และ BSE</td> </tr> <tr> <td>1B0031</td> <td>ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองได้ผลผิดปกติ</td> <td>ผลผิดปกติ</td> <td>ผลผิดปกติ</td> <td>นับผลงานได้ทั้ง CBE และ BSE</td> </tr> <tr> <td>1B0032</td> <td>ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลปกติ ผู้รับบริการไม่เคยตรวจด้วยตนเอง</td> <td>ผลปกติ</td> <td>ไม่เคยตรวจ</td> <td>นับผลงานได้เฉพาะ CBE</td> </tr> <tr> <td>1B0033</td> <td>ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลปกติ ไม่ระบุว่าผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองหรือไม่</td> <td>ผลปกติ</td> <td>ไม่ระบุว่าเคยตรวจหรือไม่</td> <td>นับผลงานได้เฉพาะ CBE</td> </tr> <tr> <td>1B0034</td> <td>ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองได้ผลปกติ</td> <td>ผลผิดปกติ</td> <td>ผลปกติ</td> <td>นับผลงานได้ทั้ง CBE และ BSE</td> </tr> <tr> <td>1B0035</td> <td>ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองได้ผลผิดปกติ</td> <td>ผลผิดปกติ</td> <td>ผลผิดปกติ</td> <td>นับผลงานได้ทั้ง CBE และ BSE</td> </tr> <tr> <td>1B0036</td> <td>ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ผู้รับบริการไม่เคยตรวจด้วยตนเอง</td> <td>ผลผิดปกติ</td> <td>ไม่เคยตรวจ</td> <td>นับผลงานได้เฉพาะ CBE</td> </tr> <tr> <td>1B0037</td> <td>ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ไม่ระบุว่าผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองหรือไม่</td> <td>ผลผิดปกติ</td> <td>ไม่ระบุว่าเคยตรวจหรือไม่</td> <td>นับผลงานได้เฉพาะ CBE</td> </tr> <tr> <td>1B0039</td> <td>ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ไม่ระบุรายละเอียด</td> <td>ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม</td> <td>ไม่ระบุรายละเอียด</td> <td>นับผลงานได้เฉพาะ CBE</td> </tr> </tbody> </table>	รหัส	Description	Service plan มะเร็ง		หมายเหตุ	CBE	BSE	1B0030	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองได้ผลปกติ	ผลปกติ	ผลปกติ	นับผลงานได้ทั้ง CBE และ BSE	1B0031	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองได้ผลผิดปกติ	ผลผิดปกติ	ผลผิดปกติ	นับผลงานได้ทั้ง CBE และ BSE	1B0032	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลปกติ ผู้รับบริการไม่เคยตรวจด้วยตนเอง	ผลปกติ	ไม่เคยตรวจ	นับผลงานได้เฉพาะ CBE	1B0033	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลปกติ ไม่ระบุว่าผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองหรือไม่	ผลปกติ	ไม่ระบุว่าเคยตรวจหรือไม่	นับผลงานได้เฉพาะ CBE	1B0034	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองได้ผลปกติ	ผลผิดปกติ	ผลปกติ	นับผลงานได้ทั้ง CBE และ BSE	1B0035	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองได้ผลผิดปกติ	ผลผิดปกติ	ผลผิดปกติ	นับผลงานได้ทั้ง CBE และ BSE	1B0036	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ผู้รับบริการไม่เคยตรวจด้วยตนเอง	ผลผิดปกติ	ไม่เคยตรวจ	นับผลงานได้เฉพาะ CBE	1B0037	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ไม่ระบุว่าผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองหรือไม่	ผลผิดปกติ	ไม่ระบุว่าเคยตรวจหรือไม่	นับผลงานได้เฉพาะ CBE	1B0039	ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ไม่ระบุรายละเอียด	ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม	ไม่ระบุรายละเอียด	นับผลงานได้เฉพาะ CBE
รหัส	Description			Service plan มะเร็ง			หมายเหตุ																																														
		CBE	BSE																																																		
1B0030	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองได้ผลปกติ	ผลปกติ	ผลปกติ	นับผลงานได้ทั้ง CBE และ BSE																																																	
1B0031	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองได้ผลผิดปกติ	ผลผิดปกติ	ผลผิดปกติ	นับผลงานได้ทั้ง CBE และ BSE																																																	
1B0032	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลปกติ ผู้รับบริการไม่เคยตรวจด้วยตนเอง	ผลปกติ	ไม่เคยตรวจ	นับผลงานได้เฉพาะ CBE																																																	
1B0033	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลปกติ ไม่ระบุว่าผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองหรือไม่	ผลปกติ	ไม่ระบุว่าเคยตรวจหรือไม่	นับผลงานได้เฉพาะ CBE																																																	
1B0034	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองได้ผลปกติ	ผลผิดปกติ	ผลปกติ	นับผลงานได้ทั้ง CBE และ BSE																																																	
1B0035	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองได้ผลผิดปกติ	ผลผิดปกติ	ผลผิดปกติ	นับผลงานได้ทั้ง CBE และ BSE																																																	
1B0036	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ผู้รับบริการไม่เคยตรวจด้วยตนเอง	ผลผิดปกติ	ไม่เคยตรวจ	นับผลงานได้เฉพาะ CBE																																																	
1B0037	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ไม่ระบุว่าผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองหรือไม่	ผลผิดปกติ	ไม่ระบุว่าเคยตรวจหรือไม่	นับผลงานได้เฉพาะ CBE																																																	
1B0039	ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ไม่ระบุรายละเอียด	ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม	ไม่ระบุรายละเอียด	นับผลงานได้เฉพาะ CBE																																																	

	<p>2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <table border="1"> <tr> <td>1B0040</td> <td>ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ได้ผลลบ</td> </tr> <tr> <td>1B0041</td> <td>ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ได้ผลบวก ไม่ให้การรักษา</td> </tr> <tr> <td>1B0042</td> <td>ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ได้ผลบวก และให้การรักษา</td> </tr> <tr> <td>1B0043</td> <td>ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ไม่ระบุผลการตรวจ</td> </tr> <tr> <td>1B0044</td> <td>ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Pap (ยังไม่ทราบผล)</td> </tr> <tr> <td>1B0045</td> <td>การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ผลตรวจเป็นมะเร็งปากมดลูก</td> </tr> <tr> <td>1B0048</td> <td>ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธีอื่น (ระบุวิธี)</td> </tr> <tr> <td>1B0049</td> <td>ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่ระบุวิธี</td> </tr> <tr> <td>1B30</td> <td>ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลปกติ</td> </tr> <tr> <td>1B40</td> <td>ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลผิดปกติ</td> </tr> </table>	1B0040	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ได้ผลลบ	1B0041	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ได้ผลบวก ไม่ให้การรักษา	1B0042	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ได้ผลบวก และให้การรักษา	1B0043	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ไม่ระบุผลการตรวจ	1B0044	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Pap (ยังไม่ทราบผล)	1B0045	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ผลตรวจเป็นมะเร็งปากมดลูก	1B0048	ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธีอื่น (ระบุวิธี)	1B0049	ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่ระบุวิธี	1B30	ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลปกติ	1B40	ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลผิดปกติ																	
1B0040	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ได้ผลลบ																																					
1B0041	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ได้ผลบวก ไม่ให้การรักษา																																					
1B0042	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ได้ผลบวก และให้การรักษา																																					
1B0043	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ไม่ระบุผลการตรวจ																																					
1B0044	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Pap (ยังไม่ทราบผล)																																					
1B0045	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ผลตรวจเป็นมะเร็งปากมดลูก																																					
1B0048	ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธีอื่น (ระบุวิธี)																																					
1B0049	ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่ระบุวิธี																																					
1B30	ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลปกติ																																					
1B40	ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลผิดปกติ																																					
แหล่งข้อมูล	-ฐานข้อมูล 21/43 แพ้ม -ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข (รายงานจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ โรงพยาบาลทุกแห่ง)																																					
รายการข้อมูล 1	$A_{(Br)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม $A_{(Cx)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก																																					
รายการข้อมูล 2	$B_{(Br)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม $B_{(Cx)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก																																					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A_{(Br)} / B_{(Br)}) \times 100$ $(A_{(Cx)} / B_{(Cx)}) \times 100$																																					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน (ไตรมาส 2 และ ไตรมาส 4)																																					
เกณฑ์การประเมิน	ระดับจังหวัด /ระดับอำเภอ ประเมินรอบที่ 1 <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">น้ำหนัก</th> <th rowspan="2">เป้าหมาย</th> <th colspan="5">ระดับคะแนน</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)</td> <td>25</td> <td>≥ ร้อยละ40</td> <td>≤20</td> <td>25</td> <td>30</td> <td>35</td> <td>≥40</td> </tr> <tr> <td>2. สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ (CBE)</td> <td>25</td> <td>≥ ร้อยละ40</td> <td>≤20</td> <td>25</td> <td>30</td> <td>35</td> <td>≥40</td> </tr> <tr> <td>3. สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</td> <td>50</td> <td>≥ ร้อยละ10</td> <td>≤2</td> <td>4</td> <td>6</td> <td>8</td> <td>≥10</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เป้าหมาย	ระดับคะแนน					1	2	3	4	5	1. สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)	25	≥ ร้อยละ40	≤20	25	30	35	≥40	2. สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ (CBE)	25	≥ ร้อยละ40	≤20	25	30	35	≥40	3. สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	50	≥ ร้อยละ10	≤2	4	6	8	≥10
ตัวชี้วัด	น้ำหนัก				เป้าหมาย	ระดับคะแนน																																
		1	2	3		4	5																															
1. สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)	25	≥ ร้อยละ40	≤20	25	30	35	≥40																															
2. สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ (CBE)	25	≥ ร้อยละ40	≤20	25	30	35	≥40																															
3. สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	50	≥ ร้อยละ10	≤2	4	6	8	≥10																															

	ประเมินรอบที่ 2							
	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เป้าหมาย	ระดับคะแนน				
				1	2	3	4	5
	1. สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)	25	≥ ร้อยละ80	≤60	65	70	75	≥80
	2. สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ (CBE)	25	≥ ร้อยละ80	≤60	65	70	75	≥80
	3. สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	50	≥ ร้อยละ20	≤4	8	12	16	≥20
เอกสารสนับสนุน	คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ปี 2561 - 2565							
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ประสานงาน	<p>1.นางพิกุลทอง สมตน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492045-6 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ 063-4963942</p> <p>2.นางสาวลดาวรรณ ช่างศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492045-6 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ 062-6392220</p> <p>สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬโทรสาร : 0 4249 2001 E-mail : ladawan.cabk@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>							

ตัวชี้วัดที่	44. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง ร้อยละ 10				
ยุทธศาสตร์ที่	2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (BK Service Excellence)				
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ				
น้ำหนัก	2				
คำนิยาม	<p>การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I20 – I25) 2. สาขาโรคมะเร็ง (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย C ทั้งหมด และ D0 ทั้งหมด) 3. สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย V01 – Y98) 4. สาขาทารกแรกเกิด (ประมวลผลรหัสวินิจฉัยที่เด็กอายุ ≤ 28 วันเทียบกับวันเกิด แพ้แม่ PERSON) <p>เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง (ยกเว้น 1.สถานบริการที่มีบันทึกข้อตกลง (MOU) ในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนของแต่ละเขตสุขภาพ 2. ความสมัครใจของผู้มีสิทธิในการรักษา) กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)</p> <p>เขตสุขภาพที่ 8 หมายถึง การจัดระบบบริการเครือข่ายเขตสุขภาพ ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ 1) จังหวัดอุดรธานี 2) จังหวัดสกลนคร 3) จังหวัดนครพนม 4) จังหวัดหนองบัวลำภู 5) จังหวัดเลย 6) จังหวัดหนองคาย 7) จังหวัดบึงกาฬ</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	ร้อยละ	36.17	20.25	21.43
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่งในจังหวัดบึงกาฬ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูล และส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดรวบรวมและจัดเก็บข้อมูล				
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข และ Program Refer				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนคะแนนที่ได้				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนคะแนนกิจกรรมทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4 (รอบ 6 เดือนและรอบ 12 เดือน)				

เกณฑ์การประเมิน : กำหนดเป็นค่าคะแนนในแต่ละกิจกรรมการดำเนินงานโดยผลรวมคะแนนการดำเนินงาน คิดสัดส่วนคะแนนตามเป้าหมาย ดังนี้

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 - 100

วิธีการประเมินผล	ขั้นตอน	รายละเอียด	คะแนน	
	1	1.1	จัดตั้งศูนย์รับส่งต่อ (ศสต.) ผู้ป่วยของโรงพยาบาล พร้อมกำหนดบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบ ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ ที่ตอบสนองต่อพันธกิจของโรงพยาบาล โดยให้มีความสอดคล้อง เชื่อมโยงกับนโยบายด้านการรับส่งต่อผู้ป่วยของจังหวัดและ เครือข่ายเขตสุขภาพ	5
1.2		มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ สหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมวางแผนพัฒนาระบบ	5	
1.3		มีแนวทางการให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วยที่ครอบคลุม - การรับผู้ป่วยที่ถูกส่งมารักษาต่อ (refer in) * - การส่งผู้ป่วยที่เกินศักยภาพ/ขาดเครื่องมือไปรักษาต่อ (refer out) - การไปรับผู้ป่วยที่ส่งไปรักษาต่อ กลับมารักษา (refer receive) - การให้คำปรึกษา (Consultation)	10	
1.4		มีการจัดระบบบริการรับส่งต่อผู้ป่วย และระบบงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล	5	
คะแนนรวมขั้นตอน 1		25		
2		2.1	มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย (Program refer/HDC/Hos xp)	5
		2.2	มีแนวทางการจัดการฐานข้อมูลที่เป็นต่อระบบงานรับส่งต่อผู้ป่วย (สถิติการส่งต่อผู้ป่วย)	10
		2.3	มีการจัดทำระบบข้อมูล การส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา	10
		2.4	มีการกำหนดแนวทางการสื่อสาร เพื่อลดข้อขัดแย้งต่างๆ	5
		คะแนนรวมขั้นตอน 2		30

	ขั้นตอน	รายละเอียด	คะแนน	
วิธีการประเมินผล :	3	3.1) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก และเป็นปัญหาของโรงพยาบาล/จังหวัด/เขตสุขภาพ	10	
		3.2) มีระบบบริการที่รองรับระบบเครือข่ายบริการ เชื่อมโยงกันทุกระดับอย่างไร้รอยต่อ มีประสิทธิภาพ คุณภาพ มาตรฐาน และมีความเอื้ออาทร	5	
		คะแนนรวมขั้นตอน 3	15	
	4	มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานครอบคลุมการส่งต่อ (Refer Out) การรับส่งต่อ (Refer In) การส่งกลับ (Refer back) การรับกลับ (Refer receive) และการขอรับค่าปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย (Consultation) ระดับอำเภอ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย	5	
		คะแนนรวมขั้นตอน 4	5	
	5	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ 1) เมื่อเทียบ ปี 2563 ลดลง \geq ร้อยละ 2 = 5 คะแนน 2) เมื่อเทียบ ปี 2563 ลดลง \geq ร้อยละ 4 = 10 คะแนน 3) เมื่อเทียบ ปี 2563 ลดลง \geq ร้อยละ 6 = 15 คะแนน 4) เมื่อเทียบ ปี 2563 ลดลง \geq ร้อยละ 8 = 20 คะแนน 5) เมื่อเทียบ ปี 2563 ลดลง \geq ร้อยละ 10 = 25 คะแนน เสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด		
		คะแนนรวมขั้นตอน 5	25	
	เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย		
	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการหรือผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายก้อนคำ พลวงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 2. นางสาวนุสรรา หุโธสง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เบอร์โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 107 เบอร์โทรศัพท์มือถือ 08 0184 0991 E-mail : Nusara1911@hotmail.com		

ชื่อตัวชี้วัด	45.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Preventionในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับM1ขึ้นไป 1.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Preventionในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับM1ขึ้นไป 2. การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง (Early surgery) >30นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล 3. Rate Refracture <ร้อยละ 25 4. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนได้รับการดูแลรักษาใน รพ.ระดับ M1 – F3 >=ร้อยละ 70 5. ร้อยละผู้ป่วย Open long bone fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล A,S,M1 (ที่มีแพทย์ orthopedic)>ร้อยละ 25
ยุทธศาสตร์ที่	2.ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ (ร้อยละ)
น้ำหนัก	1.5
คำนิยาม	<u>ผู้ป่วย Refracture Prevention</u> คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย <u>ภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)</u> หมายถึง แรงกระทำจากการล้ม ในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height) <u>ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture)</u> หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากภยันตรายชนิดไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Refracture Prevention โดยนับตั้งแต่วันที่หลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention เป็นต้น <u>การผ่าตัดแบบ Early surgery</u> หมายถึง ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน <u>กระดูกสะโพกหัก</u> หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส 1. Femoral neck fracture S72.0 2. Intertroch S72.1 3. Subtrochanter S72.2 <u>กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า</u> 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 ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสเหตุการณ์ 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

กระดูกหักไม่ซับซ้อน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกระดูกหัก(เฉพาะกระดูกที่กำหนด)คือ

- ๑. Clavicle
- ๒. Distal phalanx of finger and thumb
- ๓. Distal phalanx of toe and big toe
- ๔. Distal end of Radius
- ๕. Distal end of ulnar

ในรหัสโรคตาม ICD 10 ดังนี้ S4200,S6250,S6260,S9240,S9250,S5250, S5260, S5280,

ผู้ป่วย Open long bone fracture หมายถึง ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ในกลุ่ม ICD10 รหัส

- 1. Open fracture of humerus S4221 S43231 S4241
- 2. Open fracture of forearm S5201 S5211 S5221 S5231 S5241 S5251 S5261 S5271 S5281 S5291
- 3. Open fracture of femur S7201 S7211 S7221 S7231 S7241 S7271 S7291
- 4. Open fracture of leg S8201 S8211 S8221 S8231 S8241 S8251 S8261 S8271 S8281 S8291

Fast track หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชั่วโมง โดยเริ่มนับเวลาตั้งแต่ Admit (เปิดAN) จนได้รับการผ่าตัดเพื่อลดอัตราการกระดูกหักซ้ำภายในหลังกระดูกสะโพกหัก (refracture) ให้ดำเนินการโดยตั้งทีม Refracture Prevention ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหัก

<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เข้าไปกับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison) องค์ประกอบของทีม Refracture Prevention หัวหน้าโครงการ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ผู้ประสานงาน Fracture liaison nurse (FLS nurse) ระดับ รพศ./รพท. คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยกระดูกและข้อ ระดับ รพช. คือ ตัวแทน หรือทีมพยาบาล ในโรงพยาบาลนั้น ผู้ถูกจัดตั้ง <u>ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ</u> จำเป็นต้องมีระดับ รพศ./รพท. วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ หรืออายุรแพทย์ทั่วไป, แพทย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู ระดับ รพช. วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์ <u>แนะนำให้มี ระดับ รพศ./รพท.-</u> แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์ ระดับ รพช. แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์ <u>ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ</u> จำเป็นต้องมีเภสัชกร, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด <u>แนะนำให้มี</u> ตัวแทนแผนกโภชนาการ หมายเหตุ: แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลในขณะนั้น <u>สหสาขาวิชาชีพ</u> หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วิสัญญีแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแล ผู้ป่วยแบบบูรณาการ <u>Liaison</u> หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจาก ทีมสหสาขาวิชาชีพ</p>
<p>ประชากร กลุ่มเป้าหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ทั้งหมดในจังหวัดบึงกาฬ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกระดูกหัก(เฉพาะกระดูกที่กำหนด)คือในรหัสโรคตาม ICD 10 ดังนี้ S4200,S6250,S6260,S9240,S9250,S5250, S5260, S5280, ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ในกลุ่ม ICD10 รหัส <ol style="list-style-type: none"> Open fracture of humerus S4221 S43231 S4241 Open fracture of forearm S5201 S5211 S5221 S5231 S5241 S5251 S5261 S5271 S5281 S5291 Open fracture of femur S7201 S7211 S7221 S7231 S7241 S7271 S7291 Open fracture of leg S8201 S8211 S8221 S8231 S8241 S8251 S8261 S8271 S8281 S8291
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลบึงกาฬจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ การรายงานข้อมูล 43 แฟ้ม ของโรงพยาบาลทุกระดับ
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>โรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง ในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ</p>

รายการข้อมูล 1 (รพท.)	A = โรงพยาบาลระดับM1ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention B = จำนวนโรงพยาบาลระดับM1ขึ้นไปทั้งหมดในจังหวัดบึงกาฬ $(A/B) \times 100$										
รายการข้อมูล 2 (รพท.)	C = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72ชม. D = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด $(C/D) \times 100$										
รายการข้อมูล 3 (รพท.)	E = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ที่มีกระดูกหักซ้ำ F = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ในระยะเวลา 1 ปี $(E/F) \times 100$										
รายการข้อมูล 4 (รพท.)	G = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย S4200,S6250,S6260,S9240,S9250,S5250, S5260, S5280, และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล H = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย S4200,S6250,S6260,S9240,S9250,S5250, S5260, S5280 $(G/H) \times 100$										
รายการข้อมูล 5 (รพท.)	J = จำนวนผู้ป่วย Open long bone fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล A,S,M1 (ที่มีแพทย์ orthopedic) ตามICD 10 ข้างต้น I = จำนวนผู้ป่วย Open long bone fracture ที่ได้รับการวินิจฉัยตามICD 10 ข้างต้น $(J/I) \times 100$										
เกณฑ์การให้ คะแนน	<p>เกณฑ์เป้าหมาย:ระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Preventionในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับM1ขึ้นไป การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง (Early surgery) >30นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล Rate Refracture <ร้อยละ 25 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนได้รับการดูแลรักษาใน รพ.ระดับ M1 – F3 >=70.00 ร้อยละผู้ป่วย Open long bone fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล A,S,M1 (ที่มีแพทย์ orthopedic)>ร้อยละ 25 <p>เกณฑ์เป้าหมาย:ระดับอำเภอ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <p>กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป (โรงพยาบาลบึงกาฬ)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ระดับคะแนน ครั้งที่ 1 รอบ 6 เดือนและครั้งที่2 รอบ 12 เดือนของกลุ่มที่ 1</th> </tr> <tr> <th>ขั้นตอนที่</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน/ขั้นตอนการดำเนินงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ซึ่งประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพ (1 คะแนน)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1. ดำเนินการตามข้อ 1 2. มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาออร์ปิดิกส์ (1 คะแนน)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>1. ดำเนินการตามข้อ 1-2(1 คะแนน) 2. จัดตั้งเครือข่ายสารสนเทศ Refracture Prevention มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในชุมชนให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention เพื่อลดการ Rate Refracture ในผู้ป่วย Refracture Prevention 3. มีการบันทึกข้อมูลในรายงาน 43 แฟ้มตามรหัสโรค</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน ครั้งที่ 1 รอบ 6 เดือนและครั้งที่2 รอบ 12 เดือนของกลุ่มที่ 1		ขั้นตอนที่	เกณฑ์การให้คะแนน/ขั้นตอนการดำเนินงาน	1	1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ซึ่งประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพ (1 คะแนน)	2	1. ดำเนินการตามข้อ 1 2. มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาออร์ปิดิกส์ (1 คะแนน)	3	1. ดำเนินการตามข้อ 1-2(1 คะแนน) 2. จัดตั้งเครือข่ายสารสนเทศ Refracture Prevention มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในชุมชนให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention เพื่อลดการ Rate Refracture ในผู้ป่วย Refracture Prevention 3. มีการบันทึกข้อมูลในรายงาน 43 แฟ้มตามรหัสโรค
ระดับคะแนน ครั้งที่ 1 รอบ 6 เดือนและครั้งที่2 รอบ 12 เดือนของกลุ่มที่ 1											
ขั้นตอนที่	เกณฑ์การให้คะแนน/ขั้นตอนการดำเนินงาน										
1	1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ซึ่งประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพ (1 คะแนน)										
2	1. ดำเนินการตามข้อ 1 2. มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาออร์ปิดิกส์ (1 คะแนน)										
3	1. ดำเนินการตามข้อ 1-2(1 คะแนน) 2. จัดตั้งเครือข่ายสารสนเทศ Refracture Prevention มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในชุมชนให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention เพื่อลดการ Rate Refracture ในผู้ป่วย Refracture Prevention 3. มีการบันทึกข้อมูลในรายงาน 43 แฟ้มตามรหัสโรค										

	4	1. ดำเนินการตามข้อ 1-3 2. มีการจัดทำคู่มือ สื่อประชาสัมพันธ์ แผ่นพับสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ประชาชนทั่วไป ในการดูแลผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง 3. มีการกำกับติดตามผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาออร์ปิดิกส์
	5.	1. ดำเนินการตามข้อ 1-3 2. มีการจัดทำระบบข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ และเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในระดับจังหวัด เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันแก้ไขปัญหาในจังหวัด 3. วิเคราะห์และสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เสนอผู้บริหาร 4. Rate Refracture < ร้อยละ 25 5. ผู้ป่วย ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) > ร้อยละ 25 6. ร้อยละผู้ป่วย Open long bone fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล A, S, M1 (ที่มีแพทย์ orthopedic) > ร้อยละ 25 (1 คะแนน)
	กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลโซพิสัย/โรงพยาบาลปากคาด/ โรงพยาบาลศรีวิไล/โรงพยาบาลบุงคล้า/โรงพยาบาลพรเจริญ/โรงพยาบาลบึงโขงหลง และโรงพยาบาลเซกา มีการดำเนินงาน 5 คะแนน	
ระดับคะแนน ครั้งที่ 1 รอบ 6 เดือน และครั้งที่ 2 รอบ 12 เดือน ของกลุ่มที่ 2		
ขั้นตอนที่	เกณฑ์การให้คะแนน/ขั้นตอนการดำเนินงาน	
1	1. มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ/มีการแต่งตั้งคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาออร์ปิดิกส์ ระดับอำเภอ เพื่อทำบทบาทหน้าที่ในการกำหนดกรอบและแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (1 คะแนน)	
2	1. ดำเนินการตามข้อ 1 (1 คะแนน) 2. มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาออร์ปิดิกส์ 3. มีทะเบียนผู้ป่วยคัดกรองผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม /ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักไม่ซับซ้อนตามรหัสโรค 3. มีการบันทึกข้อมูลในรายงาน 43 แฟ้ม ตามรหัส S4200,S6250,S6260,S9240,S9250,S5250, S5260, S5280	
3	1. ดำเนินการตามข้อ 1-3 (1.5 คะแนน) 2. มีทะเบียน/แผนในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 3. มีการจัดทำคู่มือ สื่อประชาสัมพันธ์ แผ่นพับสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ประชาชนทั่วไป ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกหัก ได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง	
4	1. ดำเนินการตามข้อ 1-3 (1.5 คะแนน) 2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนได้รับการดูแลรักษาใน รพ.ระดับ M1 – F3 >= ร้อยละ 70	
	คะแนนที่ได้ คะแนน (เต็ม 5 คะแนน)	

<p>ระยะเวลาการประเมินผล</p>	<p>รอบ 6 เดือนแรก (ต.ค.63 – มี.ค.64)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.โรงพยาบาลระดับM1 ขึ้นไปมีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention ร้อยละ 100 2. การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง (Early surgery) >ร้อยละ 30 นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนได้รับการดูแลรักษาใน รพ.ระดับ M1 – F3 ≥ 70.00 <p>รอบ 12 เดือนแรก (ต.ค.62 – ก.ย.63) (ตามเกณฑ์เขตตรวจราชการ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Preventionในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับM1ขึ้นไป 2. การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง (Early surgery) >30นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3. Rate Refracture <ร้อยละ 25 4. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนได้รับการดูแลรักษาใน รพ.ระดับ M1 – F3 ≥ 70.00 5. ร้อยละผู้ป่วย Open long bone fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล A,S,M1 (ที่มีแพทย์ orthopedic)>ร้อยละ 25
<p>หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>โรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ในโปรแกรม HDC บันทึกในรายงาน 43 แฟ้ม โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง ในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ</p>
<p>วิธีการรายงาน / ความถี่</p>	<p>จากการนิเทศ 3 เดือน/ครั้ง จากแบบรายงาน ระบบ HDC</p>
<p>ผู้ประสานงาน</p>	<p>นายก้อนคำ พลวงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางมณฑิรา เจนการ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 042-492046 ต่อ 107 เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 094-5813329 E-mail : tukbk@hotmail.com</p>
<p>การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์</p>	<p>วิเคราะห์ผลการดำเนินงานเพื่อนำไปปรับแผนการดำเนินงานในปีต่อไป</p>

ตัวชี้วัดที่	46.ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ
ยุทธศาสตร์ที่ 2	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (BK Service)
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
น้ำหนัก	1.5
คำนิยาม	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ คือ โรงพยาบาลมีการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Opioid ในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุ (โรคไม่ติดต่อและกลุ่มอายุ 0-14, 15-59, 60 ขึ้นไป ตามที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ) ที่ได้รับการวินิจฉัยระดับประคองระยะท้าย (Z51.5) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึงวาระสุดท้าย
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการจัดการอาการปวด และอาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Strong Opioids Medication อย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ผ่านกระบวนการดูแลรักษาแบบประคอง ที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Plan) มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การดึงข้อมูลในระบบเวชระเบียนโรงพยาบาลหรือข้อมูล 43 แฟ้ม ตามรหัส ICD 10 และรหัสยากลุ่ม Strong Opioids หรือ จัดเก็บข้อมูลจากศูนย์ PC และหน่วยเยี่ยมบ้าน 2. เก็บข้อมูลระดับอำเภอ จังหวัด จากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) 3. การรายงานผลการดำเนินงานตามแผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรม 4. การนิเทศ ติดตามและประเมินสถานบริการสุขภาพของหน่วยงานตามเกณฑ์
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกแห่ง
เกณฑ์เป้าหมาย	สถานบริการมีการดำเนินกิจกรรมที่ 1-9 มากกว่าร้อยละ 60
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$
รายการข้อมูล 1	A = คะแนนที่ได้
รายการข้อมูล 2	B = คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน	กำหนดเป็นกิจกรรมการดำเนินงาน 6 กิจกรรม คะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน โดยสถานบริการต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ในแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมจะได้คะแนน ดังนี้		
	ที่	รายละเอียด	คะแนน
	1.	มีบุคลากรที่สามารถสั่งจ่าย ยา จำยา และบริหารยา Opioids ในการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ดังนี้	
	1.1	โรงพยาบาลทุกระดับ มีแพทย์ปฏิบัติงาน PC อย่างน้อย 1 คน	2
	1.2	โรงพยาบาลมีพยาบาล PC (ผ่านการอบรมหลักสูตร PC 4 เดือน) ปฏิบัติงาน ดังนี้ - ระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2 คน - ระดับ M, F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน	2
	1.3	โรงพยาบาลทุกระดับมีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน	2
	1.4	โรงพยาบาลทุกระดับมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัวตามบริบท	1
	1.5	โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioids ตามคำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลระยะท้ายของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1
	คะแนนรวม กิจกรรมที่ 1		8
	2.	มีระบบการวินิจฉัย (ICD-10 Z515) และการให้บริการ PC ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (รวมผู้ป่วยที่ไม่สามารถมา รพ.ได้ซึ่งมีการเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ คือ	
2.1	กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-10 รหัส C00-C96 ระยะแพร่กระจาย (แนวทางฯ หน้า 10-18)	1	
2.2	กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ICD-10 รหัส F03 (แนวทางฯ หน้า 19-25) Traumatic brain injury ICD-10 รหัส S60-S69 Spinal cord injury (เฉพาะ Cervical level) ICD-10 รหัส S14	1	
2.3	โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5 (แนวทางฯ หน้า 26-32)	1	
2.4	โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congenital Heart Failure) ICD-10 รหัส I50 (แนวทางฯ หน้า 33-43)	1	

<p>เกณฑ์การให้คะแนน (ต่อ)</p>	<p>กำหนดเป็นกิจกรรมการดำเนินงาน 6 กิจกรรม คะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน โดยสถานบริการต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ในแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมจะได้คะแนน ดังนี้</p>	
<p>ที่</p>	<p>รายละเอียด</p>	<p>คะแนน</p>
<p>2.</p>	<p>2.5 ผู้สูงอายุ (อายุ ≥ 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 4 กลุ่มโรค ตามข้อ 2.1-2.4 และภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคองตามข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย (แนวทางหน้า 76-80)</p>	<p>1</p>
	<p>2.6 ผู้ป่วย อายุ 15-59 ปี ที่เจ็บป่วยใน 4 กลุ่มโรค ตามข้อ 2.1-2.4</p>	<p>1</p>
	<p>2.7 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) เข้าสู่ระยะประคับประคอง ตามข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย</p>	<p>1</p>
	<p>***ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการประเมินผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care (กรณีที่ยังไม่นำ Palliative care ลงสู่ service plan อนุโลมให้ใช้ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันหนึ่งหรืออนมากกว่าร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS \leq ร้อยละ 50 หรือ การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) \leq ร้อยละ 50 หรือ ECOG ≥ 3 เป็นต้น - การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) \leq ร้อยละ 50 หรือ ECOG ≥ 3 เป็นต้น 2) Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ 3) ภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น 4) โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก 5) ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 6) ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่ 7) น้ำหนักลดลงต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 10 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา 8) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง 9) มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล 10) Serum albumin < 2.5 mg/dl 	
	<p>คะแนนรวม กิจกรรมที่ 2</p>	<p>7</p>

<p>เกณฑ์การให้คะแนน (ต่อ)</p>	<p>กำหนดเป็นกิจกรรมการดำเนินงาน 6 กิจกรรม คะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน โดยสถานบริการต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ในแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมจะได้คะแนน ดังนี้</p>																
<p>ที่</p>	<p>รายละเอียด</p>	<p>คะแนน</p>															
<p>3.</p>	<p>มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นลายลักษณ์อักษร และบันทึกการวินิจฉัยด้วย ICD-10 รหัส Z718 (Other specified counselling : การให้คำปรึกษาอื่นที่ระบุรายละเอียด) ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="470 629 1348 1120"> <tr> <td data-bbox="470 629 542 723">3.1</td> <td data-bbox="542 629 1348 723">มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 60</td> <td data-bbox="1348 629 1477 723">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="470 723 542 817">3.2</td> <td data-bbox="542 723 1348 817">มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 70</td> <td data-bbox="1348 723 1477 817">8</td> </tr> <tr> <td data-bbox="470 817 542 911">3.3</td> <td data-bbox="542 817 1348 911">มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 80</td> <td data-bbox="1348 817 1477 911">12</td> </tr> <tr> <td data-bbox="470 911 542 1005">3.3</td> <td data-bbox="542 911 1348 1005">มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 90</td> <td data-bbox="1348 911 1477 1005">16</td> </tr> <tr> <td data-bbox="470 1005 542 1099">3.5</td> <td data-bbox="542 1005 1348 1099">มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 100</td> <td data-bbox="1348 1005 1477 1099">20</td> </tr> </table>	3.1	มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 60	4	3.2	มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 70	8	3.3	มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 80	12	3.3	มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 90	16	3.5	มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 100	20	<p>คะแนนรวม กิจกรรมที่ 3</p> <p>20</p>
3.1	มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 60	4															
3.2	มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 70	8															
3.3	มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 80	12															
3.3	มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 90	16															
3.5	มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 100	20															
<p>4.</p>	<p>ผู้ป่วยที่เข้าสู่การดูแลระดับประคองระยะท้ายได้รับการจัดการอาการปวด ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization. (1986). Cancer pain relief.Geneva : World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf และได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการหอบเหนื่อย (dyspnea/ breathlessness) ฯลฯ (World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care) http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf</p> <p>โดยคำนวณจากสูตร = $[B/A \times 100]$ โดยที่</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคอง (Z51.5) และได้รับการรักษาด้วย Opioid โดยดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการจ่ายยา Strong Opioid ของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก หรือ ข้อมูลจากศูนย์ PC เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ ชั่วโมง</p>																

**เกณฑ์การให้
คะแนน (ต่อ)**

กำหนดเป็นกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรม
จะได้คะแนน ดังนี้

ที่	รายละเอียด	คะแนน
4.	<p>รายการยา Opioid ที่องค์การอนามัยโลกติดตามข้อมูลของประเทศสมาชิก และรหัสยา 24 หลัก (หลักที่ 1-11 แสดงชื่อสามัญ)</p> <p>Codeine Phosphate (10223023200) Methadone (10223200000) Morphine (10223300000) Morphine Sulphate (10223328000 tablet, injection) Fentanyl (18001600100) Methadone Syrup (30223200000) Morphine Syrup (30223300000) Morphine Sulphate Syrup (30223328000) และ Oxycodone/ Oxycontin เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ยังไม่มีรหัสยา 24 หลัก</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) (โดยดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม Service Plan ที่เกี่ยวข้อง คือ (ICD-10 รหัส C00-C96, F03, I50, I60-I69, Traumatic brain injury ICD-10 รหัส S60-S69, Spinal Cord injury (เฉพาะ Cervical level) ICD-10 รหัส J44, R54, N185 และผู้ป่วยอายุ 0-14 ปี ที่วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ</p>	
4.1	ได้รับการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการรบกวนระยะท้าย ด้วย Strong Opioid Medication ร้อยละ 20	4
4.2	ได้รับการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการรบกวนระยะท้าย ด้วย Strong Opioid Medication ร้อยละ 30	8
4.3	ได้รับการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการรบกวนระยะท้าย ด้วย Strong Opioid Medication ร้อยละ 40	12
4.4	ได้รับการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการรบกวนระยะท้าย ด้วย Strong Opioid Medication ร้อยละ 50	16
4.5	ได้รับการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการรบกวนระยะท้าย ด้วย Strong Opioid Medication ร้อยละ 60	20
คะแนนรวม กิจกรรมที่ 4		20

เกณฑ์การให้คะแนน (ต่อ)

กำหนดเป็นกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมจะได้คะแนน ดังนี้

ที่	รายละเอียด	คะแนน
5	ร้อยละการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน ตามแนวทางการจ่ายค่าชดเชยการให้บริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบันทึกรหัสการเยี่ยมบ้านทุกโรคใดๆ (1AXXX) ในแฟ้ม community service ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5	
	5.1 มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 60	4
	5.2 มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 70	8
	5.3 มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 80	12
	5.4 มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 90	16
	5.5 มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 90	20
	คะแนนรวม กิจกรรมที่ 5	20
6.	มีเครือข่ายการดูแลประคับประคองร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร	5
7	มีอุปกรณ์สนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและสามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้	5
8	มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย - แพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779 - แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5	5
9	มีงานวิจัยหรืองานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini Research, CQI) หรือ Best/ Good Practice ด้านการดูแลแบบประคับประคอง อย่างน้อยโรงพยาบาลละ 1 เรื่อง	10

คะแนนรวม ทุกกิจกรรม	100
----------------------------	------------

โดยที่คะแนนรวมการดำเนินงาน 100 คะแนน แบ่งระดับการให้คะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน				
40-49	50-59	60-69	70-79	≥80
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน

<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยระดับประคองของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/dmsic/force_down.php?f_id=778) 2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ที่ http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner02092558.pdf. 3. List Disease for Palliative Care and Functional Unit กรมการแพทย์ 4. http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf 5. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016 ที่ https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf. 6. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2558 ที่ http://pni.go.th/pnigoth/wpcontent/uploads//2009/03 7. CAPC. Inclusion criteria in pediatric age group. ที่ http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf (access April 2014) 8. Palliative care guideline, self-assessment workbook ศูนย์การรณรงค์และกรมการแพทย์ 9. World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf. 10. World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf.
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. นายก้อนคำ พลวงค์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 2. นางสุภารัตน์ ไชยทุม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ <p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ : 042-492046 ต่อ 107 โทรสาร : 042-492100 อีเมลล์ : suparat4898@gmail.com</p>

ตัวชี้วัดที่	<p>47. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ตัวชี้วัดย่อย :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิด community-acquired จาก <ul style="list-style-type: none"> - Acute Gastroenteritis - Pneumonia) และ - Necrotizing Fasciitis <p>ลดลงร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic 3. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลาวินิจฉัยจนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time) 4. อัตราการได้รับ IV fluid 30 mL/kg. ภายใน 1 ชั่วโมงแรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 liter ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังการวินิจฉัย 5. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว Admission เข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง (Sepsis fast track)
ยุทธศาสตร์	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (BK Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>ติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) คือ ภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิตซึ่งเกิดจาก เชื้อแบคทีเรีย โดยผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย จากนั้นเชื้อแบคทีเรียซึมเข้าสู่กระแสเลือด หากไม่ได้รับการรักษาทันที อาจอักเสบทั่วร่างกาย ซึ่งทำให้ล้มเลือดอุดตันการลำเลียงออกซิเจนไปยังอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย เมื่อไม่ได้รับออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงอย่างเพียงพอ การทำงานของอวัยวะส่วนนั้นจึงล้มเหลว ซึ่งถือเป็นอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ร้ายแรง ทั้งนี้ อาจมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดถึงร้อยละ 50 เสียชีวิตจากภาวะดังกล่าว ผู้ที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยด่วน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย ภาวะ Severe sepsis หรือ Septic shock <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ผู้ป่วย Severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป ที่เกิดภาวะ Tissue Hypoperfusion หรือ Organ Dysfunction โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ Hypotension ก็ได้

1.2 ผู้ป่วย Septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับ มี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป ที่มี Hypotension ต้องใช้ Vasopressors ในการ Maintain MAP ≥ 65 mmHg และมีค่า Serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม Hospital-acquired sepsis ซึ่งอัตราการตายจากติดเชื้อในกระแสเลือดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม

2.1 อัตราตายจาก community-acquired sepsis

2.2 อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis

3. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (Sepsis screening tools) qSOFA ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

3.1 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 และ มีค่า Serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

3.2 qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3)

3.3 SOS score (Search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4)

3.4 Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ 5)

มาตรการและกิจกรรมในการดำเนินงานเพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

มาตรการที่ 1	มาตรการที่ 2	มาตรการที่ 3
ป้องกันการเกิดโรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือด (Pre hospital)	พัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยใน รพ. (In hospital)	พัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยหลังพ้นระยะวิกฤติ (Post hospital)
1. ประชาสัมพันธ์/ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นสาเหตุ/ อาการสำคัญ/ การรักษา/ การป้องกัน (ลดการใช้ยาสมุนไพรที่มีสเตียรอยด์/ งดการใช้ยาฆ่าเชื้อ Glyphosate, พาราควอต (Paraquat), สารฆ่าแมลงคลอรีไพริฟอส/ การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนและครัวเรือนสุขบัญญัติ 10 ประการ	1.พัฒนาคุณภาพระบบบริการ sepsis fast track - จัดทำCPG ระดับจังหวัด / อำเภอ - ทบทวน case dead จังหวัด/ อำเภอ 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์ พยาบาล ในการวินิจฉัย ดูแลรักษาส่งต่อผู้ป่วย Severe Sepsis + septic shock	1. พัฒนาระบบ Refer back / IMC sepsis 2. พัฒนาระบบติดตามเยี่ยมบ้าน (COC)

	<table border="1"> <tr> <td>2. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบ EMS1669</td> <td>3. การจัดการเชื้อดื้อยา (RDU-AMR)</td> </tr> <tr> <td>3. พัฒนาศักยภาพ รพ.สต./ กู้ชีพ (ประเมิน/ ดูแลรักษา ผู้ป่วยเบื้องต้นและการส่งต่อรพ.)</td> <td>4. การพัฒนาระบบ IC</td> </tr> <tr> <td>4. เพิ่มความครอบคลุมในการรับ Flu vaccine ในกลุ่มเสี่ยง</td> <td></td> </tr> </table>	2. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบ EMS1669	3. การจัดการเชื้อดื้อยา (RDU-AMR)	3. พัฒนาศักยภาพ รพ.สต./ กู้ชีพ (ประเมิน/ ดูแลรักษา ผู้ป่วยเบื้องต้นและการส่งต่อรพ.)	4. การพัฒนาระบบ IC	4. เพิ่มความครอบคลุมในการรับ Flu vaccine ในกลุ่มเสี่ยง																																																	
2. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบ EMS1669	3. การจัดการเชื้อดื้อยา (RDU-AMR)																																																						
3. พัฒนาศักยภาพ รพ.สต./ กู้ชีพ (ประเมิน/ ดูแลรักษา ผู้ป่วยเบื้องต้นและการส่งต่อรพ.)	4. การพัฒนาระบบ IC																																																						
4. เพิ่มความครอบคลุมในการรับ Flu vaccine ในกลุ่มเสี่ยง																																																							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<p>อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">อำเภอ</th> <th colspan="4">ร้อยละ</th> </tr> <tr> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>บึงกาฬ</td> <td>30.26</td> <td>22.7</td> <td>26.9</td> <td>25.58</td> </tr> <tr> <td>พรเจริญ</td> <td>20</td> <td>9.52</td> <td>4.65</td> <td>21.62</td> </tr> <tr> <td>โซ่พิสัย</td> <td>22.05</td> <td>10.11</td> <td>11.24</td> <td>11.43</td> </tr> <tr> <td>เซกา</td> <td>12.2</td> <td>7.78</td> <td>17.65</td> <td>11.19</td> </tr> <tr> <td>ปากคาด</td> <td>10.53</td> <td>10</td> <td>9.38</td> <td>2.27</td> </tr> <tr> <td>บึงโขงหลง</td> <td>26.56</td> <td>1.39</td> <td>8.82</td> <td>12.77</td> </tr> <tr> <td>ศรีวิไล</td> <td>21.43</td> <td>15.63</td> <td>20</td> <td>6.67</td> </tr> <tr> <td>บุงคล้า</td> <td>16.13</td> <td>12.5</td> <td>25</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>23.24</td> <td>14.58</td> <td>19.32</td> <td>19.19</td> </tr> </tbody> </table>	อำเภอ	ร้อยละ				2560	2561	2562	2563	บึงกาฬ	30.26	22.7	26.9	25.58	พรเจริญ	20	9.52	4.65	21.62	โซ่พิสัย	22.05	10.11	11.24	11.43	เซกา	12.2	7.78	17.65	11.19	ปากคาด	10.53	10	9.38	2.27	บึงโขงหลง	26.56	1.39	8.82	12.77	ศรีวิไล	21.43	15.63	20	6.67	บุงคล้า	16.13	12.5	25	20	รวม	23.24	14.58	19.32	19.19
อำเภอ	ร้อยละ																																																						
	2560	2561	2562	2563																																																			
บึงกาฬ	30.26	22.7	26.9	25.58																																																			
พรเจริญ	20	9.52	4.65	21.62																																																			
โซ่พิสัย	22.05	10.11	11.24	11.43																																																			
เซกา	12.2	7.78	17.65	11.19																																																			
ปากคาด	10.53	10	9.38	2.27																																																			
บึงโขงหลง	26.56	1.39	8.82	12.77																																																			
ศรีวิไล	21.43	15.63	20	6.67																																																			
บุงคล้า	16.13	12.5	25	20																																																			
รวม	23.24	14.58	19.32	19.19																																																			
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล < ร้อยละ 20 ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">ปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< ร้อยละ 30</td> <td>< ร้อยละ 25</td> <td>< ร้อยละ 20</td> <td>< ร้อยละ 15</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ				2561	2562	2563	2564	< ร้อยละ 30	< ร้อยละ 25	< ร้อยละ 20	< ร้อยละ 15																																										
ปีงบประมาณ																																																							
2561	2562	2563	2564																																																				
< ร้อยละ 30	< ร้อยละ 25	< ร้อยละ 20	< ร้อยละ 15																																																				
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อลดป่วยรายใหม่ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired 2. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย 																																																						

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลทุกระดับ
วิธีการ จัดเก็บข้อมูล	<p>รายงานจำนวนป่วยและเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง Community - acquired ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 ของโรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัดบึงกาฬ โดย ใช้การประเมินข้อมูลจาก ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวง สาธารณสุข</p> <p>https://bkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=144fdf97a756b3f82dce197287e06316&id=00366a85bd3c2b6932a228df29137252</p> <p>และ คลังข้อมูล สสจ.บึงกาฬ V2</p> <p>https://bkhdc.moph.go.th/ssjweb/bkdatacenter_v2/web/index.php</p>
รายการข้อมูล 1	<p>อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</p> $\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด } \frac{(A+C)}{B} \times 100$ <p>โดยที่ :</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (Dead) จากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง 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)</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (Complication) และไม่นับ รวม ผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)</p> <p>C = จำนวนผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาเพื่อนำกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (Against advise) จาก ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวม ที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge type) = 2, ปฏิเสธการรักษาและวิธีการจำหน่าย (Discharge status) = 3 ไม่ดีขึ้น</p>

<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>2. อัตราป่วยรายใหม่ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิด community-acquired จาก Gastroenteritis Pneumonia Necrotizing Fasciitis ลดลงร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา</p> <p style="text-align: center;">สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(B - A) \times 100$</p> <p style="text-align: center;">B</p> <p>โดยที่ :</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจาก Gastroenteritis, Pneumonia และ Necrotizing Fasciitis ในปี 2564</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจาก Gastroenteritis, Pneumonia และ Necrotizing Fasciitis ในปี 2563</p>																										
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ไตรมาส 2 และ 4</p>																										
<p>เกณฑ์ การประเมิน</p>	<p>: ระดับจังหวัด/ อำเภอ รอบ 1, รอบ 2</p> <table border="1" data-bbox="395 768 1422 1485"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">เกณฑ์</th> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired</td> <td>≤15%</td> <td>≥23%</td> <td>21%</td> <td>19%</td> <td>17%</td> <td>≤15%</td> </tr> <tr> <td>2. อัตราป่วยรายใหม่ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิด Community-acquired จาก Gastroenteritis, Pneumonia และ Necrotizing Fasciitis ลดลงร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา</td> <td>ลดลงร้อยละ 5</td> <td>≤1%</td> <td>2%</td> <td>3%</td> <td>4%</td> <td>≥5%</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	เกณฑ์การให้คะแนน					1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired	≤15%	≥23%	21%	19%	17%	≤15%	2. อัตราป่วยรายใหม่ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิด Community-acquired จาก Gastroenteritis, Pneumonia และ Necrotizing Fasciitis ลดลงร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	ลดลงร้อยละ 5	≤1%	2%	3%	4%	≥5%
ตัวชี้วัด	เกณฑ์			เกณฑ์การให้คะแนน																							
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																					
1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired	≤15%	≥23%	21%	19%	17%	≤15%																					
2. อัตราป่วยรายใหม่ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิด Community-acquired จาก Gastroenteritis, Pneumonia และ Necrotizing Fasciitis ลดลงร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	ลดลงร้อยละ 5	≤1%	2%	3%	4%	≥5%																					

วิธีการ ประเมินผล	<p>1. ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กลุ่มรายงานมาตรฐาน >>ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาอายุรกรรม >> อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</p> <p>https://bkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=144fdf97a756b3f82dce197287e06316&id=00366a85bd3c2b6932a228df29137252</p> <p>2. คลังข้อมูล สสจ.บึงกาฬ V2 >> เมนูรายงาน รายงานข้อมูลด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ >> Sepsis</p> <p>https://bkhdc.moph.go.th/ssjweb/bkdatacenter_v2/web/index.php</p>						
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="411 689 877 824"> <p>1. นพ.กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 1161-3 สถานที่ทำงาน : โรงพยาบาลบึงกาฬ</p> </td> <td data-bbox="877 689 1469 824"> <p>ตำแหน่ง : นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 08 6403 6438</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 835 877 969"> <p>2. นางอ้อพร บุติมูลตรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 107 สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p> </td> <td data-bbox="877 835 1469 969"> <p>ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 9954 2332</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 981 877 1115"> <p>3. นายก้อนคำ พลวงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 107</p> </td> <td data-bbox="877 981 1469 1115"> <p>ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ 08 1975 1731</p> </td> </tr> </table>	<p>1. นพ.กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 1161-3 สถานที่ทำงาน : โรงพยาบาลบึงกาฬ</p>	<p>ตำแหน่ง : นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 08 6403 6438</p>	<p>2. นางอ้อพร บุติมูลตรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 107 สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>	<p>ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 9954 2332</p>	<p>3. นายก้อนคำ พลวงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 107</p>	<p>ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ 08 1975 1731</p>
<p>1. นพ.กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 1161-3 สถานที่ทำงาน : โรงพยาบาลบึงกาฬ</p>	<p>ตำแหน่ง : นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 08 6403 6438</p>						
<p>2. นางอ้อพร บุติมูลตรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 107 สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>	<p>ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 9954 2332</p>						
<p>3. นายก้อนคำ พลวงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 107</p>	<p>ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ 08 1975 1731</p>						

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

- 1.1. Temperature $>38^{\circ}\text{C}$ or $<36^{\circ}\text{C}$
- 1.2. Heart rate >90 beats/min
- 1.3. Respiratory rate >20 /min หรือ $\text{PaCO}_2 <32$ mmHg
- 1.4. WBC $>12,000$ / mm^3 , <4000 / mm^3 , หรือมี band form $>10\%$

ตารางที่ 2 Tissue Hypoperfusion หรือ Organ Dysfunction

- 2.1. มีภาวะ hypotension
- 2.2. ค่า blood lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL)
- 2.3. Urine output <0.5 mL/kg./hr. เป็นระยะเวลามากกว่า 2 ชม.แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ
- 2.4. Acute lung injury ที่มี $\text{Pao}_2/\text{Fio}_2 <250$ โดยไม่มีภาวะ Pneumonia เป็นสาเหตุ
- 2.5. Acute lung injury ที่มี $\text{Pao}_2/\text{Fio}_2 <200$ โดยมีภาวะ Pneumonia เป็นสาเหตุ
- 2.6. Creatinine >2.0 mg./dl. (176.8 $\mu\text{mol/L}$)
- 2.7. Bilirubin >2 mg/dl. (34.2 $\mu\text{mol/L}$.)
- 2.8. Platelet count $<100,000$ μL
- 2.9. Coagulopathy (international normalized ratio >1.5 หรือ aPTT >60 วินาที)

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA)score ในการประเมิน ไตแก

- 3.1 Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า 15 ก็ได้)
- 3.2 Systolic blood pressure ≤ 100 mmHg
- 3.3 Respiratory rate ≥ 22 /min

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

Score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ไข้)		≤ 35	36.1-36	36.1-38	38.1-38.4		
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤ 80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥ 200	ใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤ 40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥ 140
หายใจ	≤ 8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥ 35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย	ตื่นดี พูดคุยรู้เรื่อง	ซึม	ซึมมาก ต้องกระตุ้นถึงจะลืมตา	ไม่รู้สึกรู้ตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะต่อวัน		≤ 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

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 อยู่ โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง แล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่ามีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

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

สูตรคำนวณ :

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}}$$

3. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml./kg. ภายใน 1 ชั่วโมงแรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 liter ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังการวินิจฉัย

สูตรคำนวณ :

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid 30 ml./kg. ภายใน 1 ชั่วโมงแรก} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}}$$

4. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว Admission เข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง (Sepsis fast track)

สูตรคำนวณ :

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}}$$

ชื่อตัวชี้วัด	48.ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
ยุทธศาสตร์ที่ 3	บุคลากรเก่ง ดี มีความสุข (BK People)
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
น้ำหนัก	1.5
คำนิยาม	<p>ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (1) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (2) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (3) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน 2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (1) คุมอาหาร อย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (2) ดูแลการกินยา ให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (3) ออกกำลังกายเช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ (4) บำรุงรักษาจิตใจ <p>อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้</p> <p>ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว หมายถึง กระบวนการ วิธีการที่สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ทั้งในภาวะปกติ ภาวะเจ็บป่วย และภาวะฉุกเฉิน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน 2. เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ 3. เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด 4. เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย 1 คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและ เชื่อมโยงส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของ ชุมชน <p>***สามารถติดตาม ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs Risk Group)</p> <p>กรณี ครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง อาจคัดเลือกเพื่อนบ้านที่สมัครใจให้ เป็น อสค. ได้</p>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																																												
			2561	2562	2563																																																										
	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	3,251 คน 82.99 %	4,880 คน 100 %	4,556 คน 100 %																																																										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ครอบครัวที่มี</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้สูงอายุติดบ้าน (ADL 5 - 11 คะแนน) ติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) 2. ผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 1 2 3 และ 4 3. ผู้ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4. ผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ <p>จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข จากฐานข้อมูล Thaiphc.net ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน</p>																																																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ลำดับ</th> <th rowspan="2">อำเภอ</th> <th colspan="3">เป้าหมาย (คน /ครอบครัว)</th> <th rowspan="2">เป้าหมาย</th> </tr> <tr> <th>LTC</th> <th>CKD</th> <th>NCD/ผู้ด้อยโอกาส</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>เมืองบึงกาฬ</td> <td>781</td> <td>200</td> <td>184</td> <td>1,165</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>โซ่พิสัย</td> <td>183</td> <td>165</td> <td>162</td> <td>510</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>บุงคล้า</td> <td>36</td> <td>60</td> <td>220</td> <td>316</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>เซกา</td> <td>350</td> <td>140</td> <td>340</td> <td>830</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>พรเจริญ</td> <td>154</td> <td>130</td> <td>196</td> <td>480</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>ปากคาด</td> <td>157</td> <td>140</td> <td>100</td> <td>397</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>ศรีวิไล</td> <td>135</td> <td>120</td> <td>190</td> <td>445</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>บึงโขงหลง</td> <td>143</td> <td>120</td> <td>150</td> <td>413</td> </tr> <tr> <td></td> <td>รวม</td> <td>1,939</td> <td>1,075</td> <td>1,542</td> <td>4,556</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : เป้าหมายการดำเนินงาน อสค. ปี 2564</p>	ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย (คน /ครอบครัว)			เป้าหมาย	LTC	CKD	NCD/ผู้ด้อยโอกาส	1	เมืองบึงกาฬ	781	200	184	1,165	2	โซ่พิสัย	183	165	162	510	3	บุงคล้า	36	60	220	316	4	เซกา	350	140	340	830	5	พรเจริญ	154	130	196	480	6	ปากคาด	157	140	100	397	7	ศรีวิไล	135	120	190	445	8	บึงโขงหลง	143	120	150	413		รวม	1,939	1,075	1,542
ลำดับ	อำเภอ			เป้าหมาย (คน /ครอบครัว)				เป้าหมาย																																																							
		LTC	CKD	NCD/ผู้ด้อยโอกาส																																																											
1	เมืองบึงกาฬ	781	200	184	1,165																																																										
2	โซ่พิสัย	183	165	162	510																																																										
3	บุงคล้า	36	60	220	316																																																										
4	เซกา	350	140	340	830																																																										
5	พรเจริญ	154	130	196	480																																																										
6	ปากคาด	157	140	100	397																																																										
7	ศรีวิไล	135	120	190	445																																																										
8	บึงโขงหลง	143	120	150	413																																																										
	รวม	1,939	1,075	1,542	4,556																																																										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสค. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลการสมัครมาบันทึกข้อมูลลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th 2. การจัดเก็บข้อมูลประเมินศักยภาพครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสม. สุ่มประเมินศักยภาพครอบครัว แล้วบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลบนเว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/ 																																																														

แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สถานบริการสุขภาพภาครัฐ 3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครอบครัวเป้าหมายมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 , 2 , 3 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ระดับอำเภอ

การประเมินรอบที่ 1

ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละของผลงาน	10	15	20	25	30

การประเมินรอบที่ 2

ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละของผลงาน	50	55	60	65	70

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีแนวทางการดำเนินงาน 2. มีเครื่องมือในการประเมินฯ 3. มีฐานข้อมูลในเว็บไซต์ฐานข้อมูล อาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th 4. มีการชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ	ส่งเสริม พัฒนา อสค.	ครอบครัวมีศักยภาพฯ อย่างน้อยร้อยละ 10	ครอบครัวมีศักยภาพฯ อย่างน้อยร้อยละ 70

วิธีการประเมินผล :	การประเมินผลครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ด้วยวิธีการ ดังนี้ 1. การประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. หลังจากที อสค. ได้ประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองแล้ว ให้เก็บผลการประเมินไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร 2. การสุ่มประเมิน (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30) ของจำนวน อสค. ทั้งหมด โดยสามารถบันทึกผลการประเมินในระบบฐานข้อมูลได้ที่เว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th หรือ www.thaiphc.net คำนวณน้ำหนักของเกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ บทบาท อสค. (60) : การประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว (40)
--------------------	---

ตารางกำหนดค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมิน					
	การปฏิบัติตนในการดูแล สุขภาพตนเองของสมาชิกใน ครอบครัว		การ ปฏิบัติ ตน	บพบาท อสค. ค่า น้ำหนัก	ค่า น้ำหนัก
		1. คุมอาหารอย่างเป็น รูปธรรม เช่น กินแบบลด หวาน ลดมัน ลดเค็มลดเนื้อ ต็มน้ำเปล่า	10		1. เป็นแกนนำปฏิบัติตน ด้านสุขภาพที่มี พฤติกรรมเป็น แบบอย่างให้ครอบครัว และ เป็นผู้ดูแลสุขภาพของคน ในครอบครัวตนเอง
	2. ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด	10		2. ถ่ายทอดความรู้ให้คน ใน ครอบครัวตนเองและ ช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะ พึ่งพิง	20
	3. ออกกำลังกาย เช่น ออก กำลังกายด้วยยางยืด	10		3. ประสานงานพัฒนา สุขภาพ ครอบครัว และเป็น เครือข่าย กับ อสม.	20
	4. บำรุงรักษาจิตใจ	10		รวม	60
	รวม	40			
เอกสารสนับสนุน :					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ชื่อ - สกุล นางสาวจารุตา ศรีแก่น ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 128 โทรศัพท์มือถือ : 093-0679943 โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : jaruta_ka@hotmail.com</p> <p>2. ชื่อ - สกุล นายประเสริฐ ดั่งวงษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 20456 ต่อ 128 โทรศัพท์มือถือ : 067-3195885 โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : doungpanlum@gmail.com</p> <p>สถานที่ทำงาน กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>				

(ร่าง) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน และอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ปีงบประมาณ 2564

ชื่อ - นามสกุล อสค.

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย ปัจจุบันป่วยด้วยโรค (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD)
- ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงอื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 1 ศักยภาพตามบทบาทของ อสค. ในการดูแลสุขภาพของตนเอง

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. หมอประจำบ้านประเมินและรายงานในฐานข้อมูล อสค.

ส่วนที่ 1 ศักยภาพตามบทบาทของ อสค. ในการดูแลสุขภาพของตนเอง	การดำเนินงาน	
	ทำได้ (1)	ทำไม่ได้ (0)
1. การควบคุมอาหาร เช่น ลดหวาน มัน เค็ม		
2. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย เช่น กินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด		
3. การออกกำลังกายที่เหมาะสม		
4. การดูแลสุขภาพจิต (ความเครียด ซึมเศร้า เสี่ยงฆ่าตัวตาย)		
5. การจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม		
6. การถ่ายทอดความรู้ และช่วยเหลือ ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว รวมทั้งผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง		

ส่วนที่ 2 ประเด็นที่กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีใน 4 ด้าน

คำอธิบาย : เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ประเมินคุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน และ อสค. ตามประเด็นคุณภาพชีวิต 4 ด้าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง ให้ตรงกับผลการดำเนินงานจริง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

องค์ประกอบ	ประเด็นที่กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ได้รับ (1)	ไม่ได้รับ (0)
1) ด้านร่างกาย (Physical domain)	1.1 ได้รับอาหารที่เหมาะสม (ลดหวาน มัน เค็ม)		
	1.2 ได้รับยาที่ถูกต้อง เช่น ตรงตามผู้ป่วย ชนิด ขนาด วิธีการ และเวลาที่แพทย์สั่ง		
	1.3 มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย		
2) ด้านจิตใจ (Psychological domain)	2.1 มีการประเมินสุขภาพจิตโดยแบบประเมินความเครียด (ST5)		
	2.2 มีการดูแลสุขภาพใจ ให้คำแนะนำ พุดคุย ให้กำลังใจให้รู้สึกมีคุณค่า และภาคภูมิใจในตัวเอง		
	2.3 ได้รับคำปรึกษา แนะนำช่องทาง หรือเครื่องมือในการดูแลสุขภาพจิต เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 งานอดิเรก ดูหนัง ฟังเพลง การใช้กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพร ฯลฯ		

องค์ประกอบ	ประเด็นที่กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ได้รับ (1)	ไม่ได้รับ (0)
3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships)	3.1 มีเครือข่ายสุขภาพ เช่น ทีมหมอครอบครัว อสม. หรือมี อสค. เยี่ยมติดตามดูแลและตรวจสุขภาพเป็นประจำ		
	3.2 ได้รับโอกาสทางสังคม และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่เท่าเทียมกับคนในชุมชนที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย		
	3.3 สามารถดำรงชีวิตตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้อย่างปกติสุข		
4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	4.1 มีการจัดสภาพแวดล้อมด้านกายภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ได้แก่ ราวจับ ทางลาด ห้องนอน ห้องน้ำ ฯลฯ		
	4.2 มีการกำจัดของเสียจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ขยะอันตราย, ขยะติดเชื้อ)		
	4.3 มีการดูแลความสะอาดที่อยู่อาศัย ไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์โรค		

ผลการประเมิน : ผ่าน ไม่ผ่าน

การผ่านเกณฑ์คุณภาพชีวิต ต้องมีผลการดำเนินงานรวมจากส่วนที่ 2 ผ่านอย่างน้อย 8 ข้อ จาก 12 ข้อ และครอบคลุมทุกด้าน

การผ่านเกณฑ์ครอบครัว : ต้องมีผลการดำเนินงานรวมจากส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2 รวมกันไม่น้อยกว่า 13 ข้อ (อย่างน้อยร้อยละ 72)

ทั้งนี้ในส่วนที่ 2 ต้องผ่านเกณฑ์คุณภาพชีวิตที่กำหนด

การรายงาน : เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกผลการประเมินในฐานะข้อมูล www.thaiiphc.net

ตัวชี้วัดที่	49. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA				
ยุทธศาสตร์ที่	4. พัฒนาการบริหารจัดการ (BKPH Governance)				
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงคุณภาพ				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	1.5				
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ เป็นไปภายใต้แนวคิด เปิดเผยข้อมูลสู่ความโปร่งใส (Open Data to Transparency) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เน้นหลักการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ในทุกมิติตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)</p> <p>สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ใน 9 ดัชนี (1) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (2) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (3) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (4) การส่งเสริมความโปร่งใส (5) ตัวชี้วัดการรับสินบน (6) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (7) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต (8) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน (9) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาสตามที่ปฏิทินกำหนด</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	90	90	90

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 92 (ใน 1 ปี)
----------------	--

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA (17 หน่วยงาน)														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A - ×100 B														
ระยะเวลาประเมินผล	<p>หน่วยงานจำนวน 17 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาส 4 รอบ 12 เดือน (เดือนกันยายนของทุกปี)</p> <p>ส่วนที่ 1 จัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบหลักฐานการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์(Evidence Base) รอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 รอบ 12 เดือน (เดือนกันยายนของทุกปี)</p>														
เกณฑ์การประเมิน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/-5 โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้															
	ระดับ 1 (ไตรมาส 1)	ระดับ 2	ระดับ 3 (ไตรมาส 2)	ระดับ 4 (ไตรมาส 3)	ระดับ 5 (ไตรมาส 4)										
	ระดับ 3 (5)	-	82	87	92										
วิธีการประเมินผล :	<p>หน่วยงานจำนวน 17 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงประเมินเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ลงในระบบ MIATS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) บนเว็บไซต์ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564</p> <p>ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาส 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาส 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาส 4 รอบ 12 เดือน (เดือนกันยายนของทุกปี)</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน: การประเมินผลไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี) Small Success : ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ EB1-EB5 ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3(5) วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้</p> <table border="1" data-bbox="478 1825 1468 1926"> <tr> <td>ระดับ 1</td> <td>ระดับ 2</td> <td>ระดับ 3</td> <td>ระดับ 4</td> <td>ระดับ 5</td> </tr> <tr> <td>1 ข้อ (EB)</td> <td>2 ข้อ (EB)</td> <td>3 ข้อ (EB)</td> <td>4 ข้อ (EB)</td> <td>5 ข้อ (EB)</td> </tr> </table> <p>คะแนน ดังนี้ ระดับความสำเร็จ (Milestone) ดังนี้</p>					ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	1 ข้อ (EB)	2 ข้อ (EB)	3 ข้อ (EB)	4 ข้อ (EB)	5 ข้อ (EB)
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5											
1 ข้อ (EB)	2 ข้อ (EB)	3 ข้อ (EB)	4 ข้อ (EB)	5 ข้อ (EB)											

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล EB1
2	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล EB2
3	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง และการจัดซื้อพัสดุ EB 3
4	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง และการจัดซื้อพัสดุ EB 4
5	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง และการจัดซื้อพัสดุ EB 5

การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB1-EB24)

ค่าเป้าหมายคือระดับ 3 ร้อยละ 82

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน+/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ระดับ 3 (5)	-	82	87	92

การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-มิถุนายน ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB1-EB24)

ค่าเป้าหมายคือระดับ 4 ร้อยละ 87

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน+/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ระดับ 3 (5)	-	82	87	92

การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB1-EB24)

ค่าเป้าหมายคือระดับ 5 ร้อยละ 92

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน+/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ระดับ 3 (5)	-	82	87	92

เอกสารสนับสนุน :	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	1. นายมีชัย สุวรรณไตร หัวหน้ากลุ่มกฎหมาย

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	2. นางสาวธราทิพย์ แสงสว่าง นิตกร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492-046 ต่อ 108 โทรศัพท์มือถือ : 081-9544463 โทรสาร : 042-492-001
-----------------------	---

ตัวชี้วัด	50.ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีงบประมาณ 2564
ยุทธศาสตร์ที่	พัฒนาการบริหารจัดการ (BKPH Governance)
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ (ร้อยละ)
หน่วยการวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	1.5
คำนิยาม	<p>การควบคุมภายใน หมายความว่า กระบวนการปฏิบัติงานที่ผู้กำกับดูแล หัวหน้าหน่วยงานของรัฐฝ่ายบริหาร และบุคลากรของหน่วยงานของรัฐจัดให้มีขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐจะบรรลุวัตถุประสงค์ด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ</p> <p>แนวคิดการควบคุมภายใน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การควบคุมภายในเป็นกลไกที่จะทำให้หน่วยงานของรัฐบรรลุวัตถุประสงค์ การควบคุมภายในด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้าน ได้แก่ ด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ 2. การควบคุมภายในเป็นส่วนประกอบที่แทรกอยู่ในการปฏิบัติงานตามปกติของหน่วยงานของรัฐ การควบคุมภายในเป็นสิ่งที่ต้องกระทำอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง มิใช่เป็นผลสุดท้ายของการกระทำ 3. การควบคุมภายในเกิดขึ้นได้โดยบุคลากรของหน่วยงานของรัฐ โดยผู้กำกับดูแล ฝ่ายบริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ตรวจสอบภายใน เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการทำให้มีการควบคุมภายในเกิดขึ้น ซึ่งไม่ใช่เพียงการกำหนดนโยบาย ระบบงาน คู่มือการปฏิบัติงานและแบบฟอร์มดำเนินงานเท่านั้น หากแต่ต้องมีการปฏิบัติ 4. การควบคุมภายในสามารถให้ความเชื่อมั่นอย่างสมเหตุสมผลว่าจะบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดของหน่วยงานของรัฐ อย่างไรก็ตาม การควบคุมภายในที่กำหนดก็อาจจะไม่สามารถให้ความมั่นใจแก่ผู้กำกับดูแล และฝ่ายบริหาร ว่าการดำเนินงานจะบรรลุตามวัตถุประสงค์อย่างสมบูรณ์ 5. การควบคุมภายในควรกำหนดให้เหมาะสมกับโครงสร้างองค์กรและภารกิจของหน่วยงานของรัฐ <p>ขอบเขตการใช้</p> <p>มาตรฐานการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ จัดทำขึ้นสำหรับหน่วยงานของรัฐ เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการจัดทำระบบการควบคุมภายในให้เหมาะสมกับลักษณะ ขนาด และความซับซ้อนของงานในความรับผิดชอบของหน่วยงานของรัฐ และมีการติดตามประเมินผลและปรับปรุงการควบคุมภายในให้เพียงพอและเหมาะสม รวมทั้งการปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง</p> <p>วัตถุประสงค์ของการควบคุมภายใน</p> <p>หน่วยงานของรัฐต้องให้ความสำคัญกับวัตถุประสงค์ของการควบคุมภายในแต่ละด้าน ดังนี้</p>

	<p>1. ด้านการดำเนินงาน (Operation Objectives) เป็นวัตถุประสงค์เกี่ยวกับความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน รวมถึงการบรรลุเป้าหมายด้านการดำเนินงาน ด้านการเงิน ตลอดจนการใช้ทรัพยากร การดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาดของหน่วยงานของรัฐ ตลอดจนความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงานของรัฐ</p> <p>2. ด้านการรายงาน (Reporting Objectives) เป็นวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการรายงานทางการเงินและไม่ใช้การเงิน ที่ใช้ภายในและภายนอกหน่วยงานของรัฐ รวมถึงการรายงานที่น่าเชื่อถือได้ทันเวลา โปร่งใส หรือทั้งข้อกำหนดอื่นของทางราชการ</p> <p>3. ด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย (Compliance Objectives) เป็นวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับหรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน รวมทั้งข้อกำหนดอื่นของทางราชการ</p> <p>องค์ประกอบของการควบคุมภายใน 5 องค์ประกอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สภาพแวดล้อมการควบคุม (Control Environment) 2. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) 3. กิจกรรมการควบคุม (Control Activities) 4. สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication) 5. กิจกรรมการติดตามผล (Monitoring Activities) 													
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1" data-bbox="488 1016 1380 1167"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100</td> <td>ร้อยละ</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p>ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีงบประมาณ 2564</p>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2563	100	ร้อยละ	100	100	100
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2561	2562	2563										
100	ร้อยละ	100	100	100										
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง 3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่ง 4. กลุ่มงาน/งานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ 													
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>รวบรวมรายงานการจัดทำรายงานการควบคุมภายในหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>													
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>													
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A=หน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>													
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B=หน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>													
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>$(A/B) \times 100$</p>													
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ปีงบประมาณ 2564 (ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564) ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน)</p>													

เกณฑ์การประเมิน 5 ขั้นตอน													
<p>1. มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคนจะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน</p> <p>2. ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬและดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง</p> <p>3. จัดทำแบบรายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.4) และแบบรายงานการประเมินการควบคุมภายใน (แบบ ปค.5)</p> <p>4. มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการ</p> <p>5. มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายใน ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ</p>													
วิธีการประเมินผล :	<p>ประเมิน ปีละ 2 ครั้ง</p> <p>1. รอบ 6 เดือน (ต.ค.2563 – มี.ค.2564) ติดตามรายงานการจัดทำควบคุมภายใน</p> <p>2. รอบ 12 เดือน (เม.ย.2564 – ก.ย.2564) ติดตามผลการประเมินควบคุมภายใน</p>												
เอกสารสนับสนุน :	<p>หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561</p> <p>แนวทาง : 1. มาตรฐานการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ</p> <p>2. หลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ</p>												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	<table border="0"> <tr> <td>1. นางสาวมนัญญา ทองนิวัน</td> <td>นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2045-046</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 08 2742 6325</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร : 0 4249 2001</td> <td>E-mail : rinna2525@hotmail.com</td> </tr> <tr> <td>2. นายมีชัย สุวรรณไตร</td> <td>นิติกรชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้า กลุ่มงานบริหารทั่วไป</td> </tr> <tr> <td>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2045-046</td> <td>โทรศัพท์มือถือ : 08 1954 4463</td> </tr> <tr> <td>โทรสาร : 0 4249 2001</td> <td>E-mail :</td> </tr> </table>	1. นางสาวมนัญญา ทองนิวัน	นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2045-046	โทรศัพท์มือถือ : 08 2742 6325	โทรสาร : 0 4249 2001	E-mail : rinna2525@hotmail.com	2. นายมีชัย สุวรรณไตร	นิติกรชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้า กลุ่มงานบริหารทั่วไป	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2045-046	โทรศัพท์มือถือ : 08 1954 4463	โทรสาร : 0 4249 2001	E-mail :
1. นางสาวมนัญญา ทองนิวัน	นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ												
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2045-046	โทรศัพท์มือถือ : 08 2742 6325												
โทรสาร : 0 4249 2001	E-mail : rinna2525@hotmail.com												
2. นายมีชัย สุวรรณไตร	นิติกรชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้า กลุ่มงานบริหารทั่วไป												
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2045-046	โทรศัพท์มือถือ : 08 1954 4463												
โทรสาร : 0 4249 2001	E-mail :												

ตัวชี้วัด	51.ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณงบดำเนินงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปีงบประมาณ 2564				
ยุทธศาสตร์ที่	พัฒนาการบริหารจัดการ (BKPH Governance)				
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ (ร้อยละ)				
หน่วยการวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	2				
คำนิยาม	ร้อยละของงบประมาณทุกงบรายการที่ได้รับจัดสรรปีงบประมาณ 2564 สามารถเบิกจ่ายได้ภายในระยะเวลาที่มติคณะรัฐมนตรีกำหนด ตามมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	100	ร้อยละ	2561	2562	2563
			99.92	98.23	94.14
	<p>เป้าหมายตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนที่ 3 ที่ สธ 0207.03/1239 ลงวันที่ 21 มกราคม 2563 เรื่อง มาตรการเร่งรัดการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ให้ถือปฏิบัติตามมาตรการที่สำนักงานงบประมาณเสนอ เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (ไม่รวมงบกลาง) เป็นรายไตรมาส ดังนี้</p> <p>ไตรมาสที่ 1 เบิกจ่ายได้ร้อยละ 23 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 23</p> <p>ไตรมาสที่ 2 เบิกจ่ายได้ร้อยละ 31 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 54</p> <p>ไตรมาสที่ 3 เบิกจ่ายได้ร้อยละ 23 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 77</p> <p>ไตรมาสที่ 4 เบิกจ่ายได้ร้อยละ 23 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 100</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วย				
	1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 8 แห่ง				
	2. งาน/กลุ่มงาน ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 13 กลุ่มงาน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ งาน/กลุ่มงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ				
แหล่งข้อมูล	ระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS)				
รายการข้อมูล 1	A=ยอดเบิกจ่ายเงินงบประมาณผ่านระบบ GFMIS				
รายการข้อมูล 2	B=วงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ปี 2564				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณ 2564 (ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564)				
	ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน)				
	ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน)				

เกณฑ์การประเมิน						
รอบการประเมินที่	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	1		23	29	36	44
2		77	82	88	94	100

วิธีการประเมินผล :	ประเมิน ปีละ 2 ครั้ง 1.รอบ 6 เดือน (ต.ค.2563 – มี.ค.2564) ร้อยละการเบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 54 2.รอบ 12 เดือน (เม.ย.2564 – ก.ย.2564) ร้อยละการเบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 100
เอกสารสนับสนุน :	ข้อมูลการเบิกจ่ายผ่านระบบ GFMS
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1.นางสาวจิรวรรณ จินปฐุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2045-046 โทรสาร : 0 4249 2001</p> <p>3.นางสาวกรรณิกา วงศ์ภาพสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2045-046 โทรสาร : 0 4249 2001</p> <p>2.นายมีชัย สุวรรณไตร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2045-046 โทรสาร : 0 4249 2001</p> <p>เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน โทรศัพท์มือถือ : 08 5741 6916 E-mail : jj1610_jeen@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการเงินและบัญชี โทรศัพท์มือถือ : 08 1772 9075 E-mail :</p> <p>นิติกรชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้า กลุ่มงานบริหารทั่วไป โทรศัพท์มือถือ : 08 1954 4463 E-mail :</p>

ตัวชี้วัด	52.ระดับความสำเร็จ คปสอ. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน 5 ขั้นตอน				
ยุทธศาสตร์ที่	4. พัฒนาการบริหารจัดการ (BKPH Governance Excellence)				
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดงานประจำ				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ				
หน่วยวัด	ขั้นตอน				
น้ำหนัก	1.5				
คำนิยาม	การตรวจสอบภายใน หมายถึง กิจกรรมการให้ความเชื่อมั่นและการให้คำปรึกษาอย่างเที่ยงธรรมและเป็นอิสระ ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานของส่วนราชการให้ดีขึ้น การตรวจสอบภายในจะช่วยให้ส่วนราชการบรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ด้วยการประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของกระบวนการบริหารความเสี่ยงการควบคุมและกำกับดูแลอย่างเป็นระบบ ความสำเร็จของการตรวจสอบภายในในภาคราชการ พิจารณาจากความสามารถของหน่วยงานตรวจสอบภายในในการปฏิบัติตามระเบียบ มาตรฐานและแนวปฏิบัติการตรวจสอบภายในในภาคราชการที่กรมบัญชีกลางกำหนด				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	การตรวจสอบภายใน	แห่ง	8/8	8/8	3/8
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คปสอ. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 8 แห่ง (อำเภอเมืองบึงกาฬ/ เซกา/ไชพิสัย/ปากคาด/พรเจริญ/บึงโขงหลง/ศรีวิไล/บุงคล้า)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดำเนินการนิเทศงานและการตรวจสอบตามแผนปฏิบัติงานของตรวจสอบภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ปีละ 2 ครั้ง				
แหล่งข้อมูล	ลงพื้นที่นิเทศงานและตรวจสอบภายใน กลุ่มเป้าหมาย ตามแผนปฏิบัติงานของตรวจสอบภายใน ตามแบบการประเมินตรวจสอบภายใน				
รายการข้อมูล 1	คป.สอ. 8 แห่ง				
รายการข้อมูล 2	คป.สอ. 8 แห่ง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	คป.สอ. 8 แห่ง ผ่านเกณฑ์ประเมิน 5 ขั้นตอน ได้ 5 คะแนน				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณ 2564 (ตุลาคม 2563 – กันยายน 2564) 1. ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) 2. ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน)				

เกณฑ์คะแนนประเมินตามขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 มีคำสั่งคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับ คป.สอ.

มีคำสั่งคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับ หน่วยงาน (รพช./สสอ.)

ขั้นตอนที่ 2 มีการจัดทำแผนการตรวจสอบภายในระดับ คป.สอ. ปีละ 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินและจัดทำแบบประเมินตนเองตามกระดาศทำการและประเมินผลการควบคุม แนวทางการประเมิน

ตนเองของหน่วยงานตรวจสอบภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ทุก รพ.สต.ในสังกัด

ขั้นตอนที่ 4 ออกตรวจสอบภายในและจัดทำรายงานผลการประเมินผลการตรวจสอบภายใน แนวทางการแก้ไขข้อเสนอแนะ

เสนอหัวหน้าส่วนราชการพิจารณาสั่งการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปฏิบัติปีละ 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 5 รายงานผลการตรวจสอบภายในและประเมินผลโดยวิเคราะห์ถึงประสิทธิภาพ

และประสิทธิผลของการดำเนินงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะให้งานตรวจสอบภายใน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ปีละ 2 ครั้ง ภายใน 15 วันนับจากวันที่สิ้นสุด

การตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบภายใน

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีคำสั่งคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับ คป.สอ. มีคำสั่งคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับ หน่วยงาน (รพช./สสอ.)
2	มีการจัดทำแผนการตรวจสอบภายในระดับ คป.สอ. ปีละ 2 ครั้ง -รอบที่ 1 ต.ค.63 – มี.ค.64 -รอบที่ 2 เม.ย.64 – ก.ย.64
3	ประเมินและจัดทำแบบประเมินตนเองตามกระดาศทำการและประเมินผลการควบคุม แนวทางการประเมินตนเองของหน่วยงานตรวจสอบภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ทุก รพ.สต.ในสังกัด
4	คณะกรรมการตรวจสอบภายใน ระดับ คป.สอ. ดำเนินการออกตรวจสอบภายใน ตามแผนการตรวจสอบภายใน ข้อ 2 และติดตามการประเมินตนเองตามแบบประเมินตนเองของ รพ.สต.ในสังกัด ข้อ 3 และจัดทำรายงานผลการประเมินผลการตรวจสอบภายใน แนวทางการแก้ไขข้อเสนอแนะเสนอหัวหน้าส่วนราชการพิจารณาสั่งการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติ ปีละ 2 ครั้ง
5	คป.สอ. รายงานผลการตรวจสอบภายในและประเมินผลโดยวิเคราะห์ถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะให้งานตรวจสอบภายใน ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บึงกาฬ ปีละ 2 ครั้ง ภายใน 15 วันนับจากวันที่สิ้นสุดการตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบภายใน

ชื่อตัวชี้วัด	53.ระดับคะแนนความสำเร็จของสำนักสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการเกณฑ์ PMQA ที่กำหนด				
ยุทธศาสตร์	4.การบริหารจัดการ (BK Governance)				
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ				
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ/คุณภาพ				
น้ำหนัก	1.5				
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 บุคลากร หมวด 6 การปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการในปี 2564 - 2565 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) 3. นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน 4. กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 จำนวน 6 หัวข้อครบ 18 ข้อ 5. ดำเนินการแผนพัฒนาองค์กร 6. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์กรและตัวชี้วัด รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด 7. จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย 1 เรื่อง 				
ผลงานย้อนหลัง					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ระดับคะแนนความสำเร็จของสำนักสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการตามเกณฑ์ PMQA ที่กำหนด	ระดับคะแนนความสำเร็จ	5	5	5

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักสาธารณสุขอำเภอ 8 แห่ง (ผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จระดับ 5)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- รายงานผลการประเมินตนเอง เป็นรายไตรมาส (รอบ 3 ,6, 9 และ 12 เดือน) - รายงานผลการประเมินของ สสจ. เป็นรายไตรมาส (รอบ 3 ,6, 9 และ 12 เดือน) - ผ่านระบบ http://pmqa.moph.go.th/2564/frontend/web/ - รายงานผลการประเมินจากทีม Internal Audit /ที่ปรึกษาภายนอก (Auditor)
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
รายการข้อมูล 1	จำนวนคะแนนความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการตามเกณฑ์ PMQA
รายการข้อมูล 2	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. สสอ.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 1) ส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2564</p> <p>2. สสอ.ประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2564</p> <p>3. สสอ.นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement: OFI) มาจัดลำดับและจัดทำแผนพัฒนาองค์การหมวดละ 1 จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2564</p> <p>4. สสอ.กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ และจัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2564</p>	<p>1.รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ 6 เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 2 เมษายน 2564</p> <p>2.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 2 เมษายน 2564</p>	<p>1.รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ 9 เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 2 กรกฎาคม 2564</p> <p>2.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 9 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 2 กรกฎาคม 2564</p>	<p>1.รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ 12 เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 24 กันยายน 2564</p> <p>2.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 12 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 24 กันยายน 2564</p> <p>3. จัดทำแผนปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) จำนวน 5 หน้า ดังนี้</p> <p>3.1 แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการ และผลลัพธ์การดำเนินการ</p> <p>3.2 ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น</p> <p>3.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ</p> <p>3.4 สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป</p> <p>(แบบฟอร์ม 5) ผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ 24 กันยายน 2564</p>

วิธีการประเมินผล :	ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน				
	1	จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร (แบบฟอร์ม 1) ได้ครบถ้วน ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด วันที่ วันที่ 11 ม.ค.2564				
		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	ประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2564					
	โอกาสในการปรับปรุง (OFI)		เกณฑ์การให้คะแนน			
	หมวด 1-6		0.50 คะแนน	1 คะแนน		
		ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด			
เกณฑ์การให้คะแนน ไม่ครบ 6 หมวด ต่อ 0.50 คะแนน (interval)						
3	ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับและทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน (แบบฟอร์ม3) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2564					
	แผนพัฒนาองค์กร		เกณฑ์การให้คะแนน			
	หมวด 1-6		0.50 คะแนน	1 คะแนน		
		ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด			
4	<ul style="list-style-type: none"> ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการจัดส่งภายใน 11 มกราคม 2564 					
	หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ		เกณฑ์การให้คะแนน			
	ตัวชี้วัด 7.1 – 7.6 (18 ข้อ)		0.50 คะแนน	1 คะแนน		
		ไม่ครบ (18 ข้อ)	ครบ (18 ข้อ)			
5	<ul style="list-style-type: none"> ส่วนราชการรายงานผลการดำเนินการความก้าวหน้าของแผนพัฒนาองค์กรและรายงานผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ผ่านระบบออนไลน์ภายในระยะเวลาที่กำหนด ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 2 เมษายน 2564 รอบ 9 เดือน ภายในวันที่ 2 กรกฎาคม 2564 รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 24 กันยายน 2564 					
	<ul style="list-style-type: none"> ส่วนราชการจัดทำแผนปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) จำนวน 5 หน้า (แบบฟอร์ม 5) ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ 2) ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น 3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 4) สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป ผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ 24 กันยายน 2564 (รายงานในรอบ 12 เดือน) 					

<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>กำหนดเป็น แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากคะแนนความสำเร็จที่ดำเนินการตามเกณฑ์ PMQA ดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้</p> <p><u>รอบที่ 1</u> (ระดับที่ 5 ประเมินจากกำหนดระยะเวลาที่กำหนดส่งเอกสาร รอบ 6 เดือน)</p> <table border="1" data-bbox="512 338 1490 445"> <tr> <td>ระดับที่ 1</td> <td>ระดับที่ 2</td> <td>ระดับที่ 3</td> <td>ระดับที่ 4</td> <td>ระดับที่ 5</td> </tr> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4 คะแนน</td> <td>5 คะแนน</td> </tr> </table> <p><u>รอบที่ 2</u> (ระดับที่ 5 ประเมินจากกำหนดระยะเวลาที่กำหนดส่งเอกสาร รอบ 12 เดือน)</p> <table border="1" data-bbox="512 495 1490 600"> <tr> <td>ระดับที่ 1</td> <td>ระดับที่ 2</td> <td>ระดับที่ 3</td> <td>ระดับที่ 4</td> <td>ระดับที่ 5</td> </tr> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4 คะแนน</td> <td>5 คะแนน</td> </tr> </table>	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																	
ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																	
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/</p>																				
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>ชื่อ – สกุล นายประเสริฐ บินตะคุ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ 109 โทรศัพท์มือถือ : 086-2258231 โทรสาร : 042-492001 E-mail : epi.pkph@gmail.com กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ</p>																				

ตัวชี้วัดที่	54. ร้อยละของหน่วยบริการมีระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีคุณภาพที่เชื่อถือได้สำหรับการบริหารจัดการระดับดีขึ้นไป
ยุทธศาสตร์ที่	การบริหารจัดการ
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ
น้ำหนัก	2
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการสาธารณสุขหมายถึงโรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล,ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.)</p> <p>สารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบ 43 แฟ้ม</p> <p>43 แฟ้มมาตรฐาน หมายถึงชุดข้อมูลที่ประมวลผลและส่งออกมาจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการด้านสาธารณสุขของหน่วยงานโดยต้องมีความครบถ้วนสมบูรณ์ตามโครงสร้างฐานข้อมูลด้านสุขภาพ Version2.1(มกราคม 2559) ปีงบประมาณ 2562</p> <p>ข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตายและการระบุสาเหตุไม่ชัดเจนเช่นหัวใจล้มเหลวหายใจล้มเหลวชรา ฯลฯ ประกอบด้วยรหัสโรคดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - Symptoms , signs and ill – defined conditions (ICD10codesR00-R99) - Injuries undetermined whether intentional or unintentional (ICD10CodeY10-Y34,Y87.2) - ill-defined cancers (ICD10CodeC80,andC97) <p>ill-defined cardiovascular diseases (ICD10CodeI47.2,I49.0,I46,I50,I51.4,I51.5,I51.6,I51.9andI70.9)</p>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณพ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละของหน่วยบริการมีระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีคุณภาพที่เชื่อถือได้สำหรับการบริหารจัดการระดับดีขึ้น	ร้อยละ	76.74	80.52	78.57
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/อำเภอ: มีระบบติดตามความถูกต้องครบถ้วนทันเวลา(Monitoring data)ใช้ประโยชน์ข้อมูลบริการข้อมูลและหน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น (\geq ร้อยละ 80) ร้อยละ 80 ระดับหน่วยบริการ: ผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น เกณฑ์การจัดระดับหน่วยบริการ ดีมาก หมายถึงดำเนินการผ่านเกณฑ์ได้ร้อยละ 90.00-100 *ดี หมายถึงดำเนินการผ่านเกณฑ์ได้ร้อยละ 80.00-89.99 ปานกลาง หมายถึงดำเนินการผ่านเกณฑ์ได้ร้อยละ 70.00-79.99 พอใช้ หมายถึงดำเนินการผ่านเกณฑ์ได้ร้อยละ 60.00-69.99 ปรับปรุง หมายถึงดำเนินการผ่านเกณฑ์ได้น้อยกว่าร้อยละ 60.00				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการทุกแห่งจำนวนทั้ง 73 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง รพ.สต. 61 แห่ง ศสม. 4 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ประมวลผลข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ข้อมูล 43 แห่ง 2. ประมวลผลข้อมูลจาก Cockpit Monitoring 3. การตรวจประเมินระดับจังหวัดโดยทีมตรวจประเมินระดับเขตและระดับ คปสอ. โดยทีมตรวจของจังหวัด 4. แบบประเมินตนเองของหน่วยบริการ (SAR) 5. ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกข้อมูลบริการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล (OP-PP individual records)				

แหล่งข้อมูล	1. Health Data Center (HDC) ข้อมูล43แฟ้ม 2. Cockpit Monitoring 3. การตรวจประเมินระดับจังหวัดโดยทีมตรวจประเมินระดับเขตและระดับ คปสอ. โดยทีมตรวจของจังหวัด 4. คณะทำงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลระดับจังหวัด/อำเภอ 5. Website สป.สช.เขต 8 ข้อมูลผู้ป่วยนอกข้อมูลบริการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล (OP-PP individual records)
รายการข้อมูล1	A1:หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับดีขึ้น
รายการข้อมูล2	B1:หน่วยบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A - x100 B
ระยะเวลาประเมินผล	

เกณฑ์การประเมิน:

จังหวัดประเมิน คปสอ.รอบ 6 เดือนและรอบ 10 เดือนช่วงการปรับเกณฑ์การให้ คะแนน +/- 5หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

😊	หน่วยบริการได้มาตรฐานสารสนเทศระดับดีขึ้นได้น้อยกว่าร้อยละ 65.00	1 คะแนน
😊	หน่วยบริการได้มาตรฐานสารสนเทศระดับดีขึ้นได้ร้อยละ 65.00-69.99	2 คะแนน
😊	หน่วยบริการได้มาตรฐานสารสนเทศระดับดีขึ้นได้ร้อยละ 70.00-74.99	3 คะแนน
😊	หน่วยบริการได้มาตรฐานสารสนเทศระดับดีขึ้นได้ร้อยละ 75.00-79.99	4 คะแนน
😊	หน่วยบริการได้มาตรฐานสารสนเทศระดับดีขึ้นได้ร้อยละ 80.00-100.00	5 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนหน่วยบริการ:

1. ความทันเวลา 10 คะแนนหน่วยบริการ

-ส่งข้อมูล 43 แฟ้มทุกวันทำการ 10 คะแนน

$$\text{คะแนนส่งชุดข้อมูลตามเวลาที่กำหนด} = \frac{\text{จำนวนวันทำการที่ส่งทันเวลา} \times 10}{\text{จำนวนวันทำการทั้งหมดที่กำหนดส่ง}}$$

2. ความถูกต้อง 10 คะแนน

-ใช้คุณภาพข้อมูลOP/PPที่ตรวจโดย สปสช.เป็นตัวแทนความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดโดยใช้ทุกแฟ้มข้อมูลที่ สปสช.กำหนดให้ส่งและตรวจสอบความถูกต้อง

-ช่วงข้อมูลที่นำมาประเมินยึดวันที่ส่งข้อมูลไป สปสช.

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

3. ลดความซ้ำซ้อนข้อมูลแฟ้ม Person 10 คะแนน

-การบันทึกแฟ้ม10คะแนนประเมินความถูกต้องความครอบคลุมประกอบด้วย

$$\text{คะแนน} = \frac{(1 - \text{ร้อยละความซ้ำซ้อนแฟ้มPerson}) \times 10}{100}$$

*(ซ้ำซ้อนมากกว่าร้อยละ 1 ได้ 0 คะแนน)

4. คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย 10 คะแนน

-คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในสถานบริการ

$$\text{คะแนน} = \frac{\text{ข้อมูลการตายไม่ทราบสาเหตุในสถานบริการทั้งอำเภอ} \times 10}{\text{ข้อมูลการตายไม่ทราบสาเหตุในสถานบริการทั้งหมดในอำเภอ}}$$

จำนวนการตายจาก ทร.14 (ต.ค.63 - ก.ย.64)

5. ร้อยละของหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบสถานบริการมีพิกัด GIS ไม่น้อยกว่า 90 (10 คะแนน)

$$\text{คะแนน} = \frac{\text{จำนวนหลังคาเรือนที่มีพิกัดGIS} \times 10}{\text{จำนวนหลังคาเรือนเขตรับผิดชอบทั้งหมด}}$$

6. สถานบริการมีการอัปเดตโปรแกรม HosXP , HosXP_PCU(3.62.3.11) ให้เป็นปัจจุบัน 10 คะแนน

$$\text{คะแนน} = \frac{\text{จำนวนสถานบริการมีการอัปเดตโปรแกรมให้เป็นปัจจุบัน} \times 10}{\text{จำนวนสถานบริการทั้งหมดในอำเภอ}}$$

7. คุณภาพข้อมูลของแฟ้ม Person (40 คะแนน)

1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid) เกณฑ์ ไม่เป็นค่าว่าง หรือ ตรงตามหลัก mod11 กรณีสัญชาติไทย
2. ข้อมูลเพศ (sex) เกณฑ์ ตรงตามรหัสมาตรฐาน
3. ข้อมูลสัญชาติ (nation) เกณฑ์ ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และหากเป็นต่างด้าว ต้องมีข้อมูลใน labor ด้วย
4. ข้อมูลวันเกิด (birth) เกณฑ์ เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่เกิน 120 ปี
5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge) เกณฑ์ ตรงตามรหัสมาตรฐาน

กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น

ระยะเวลาในการประเมินผล : ประเมินทุกวันที่ 1 ของเดือน ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้นๆ (

1 ธันวาคม, 1 มีนาคม, 1 มิถุนายน และ 1 กันยายน) ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย

1. ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)
2. ความสอดคล้อง (Consistency)
3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)
4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness)

$$\text{คะแนน} = \frac{\text{จำนวนข้อมูลแฟ้ม person ที่ผ่านเกณฑ์ 5 ข้อตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ} \times 40}{\text{จำนวนข้อมูลแฟ้ม person ทั้งหมดในหน่วยบริการ}}$$

เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2564 ร้อยละ 80

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล

	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินจากคุณภาพข้อมูลที่บันทึกตามคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 - จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประเมินรายหน่วยบริการ/รายจังหวัด - จากผลการสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แห่ง ของหน่วยบริการสังกัด กระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	งานเทคโนโลยีสารสนเทศกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬโทร. 042-492046 ต่อ 115
วิธีการรายงาน/ความถี่	การประเมินผลงาน 1. รอบที่ 1 ประเมินผลงานช่วงเดือน ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 2. รอบที่ 2 ประเมินผลงานช่วงเดือน ตุลาคม 2563 – สิงหาคม 2564 (ยกเว้น ข้อ 7 จะทำการประเมินทุก 3 เดือน)
ผู้ประสานงาน	นายกิริติ สวดยสมรัมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 081-9656549 ,E-mail: IT4SSJBK@GMAIL.COM นายชยณัฐ สุวะมาตย์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ มือถือ 081-8797793, E-mail: MR.chayanut9@GMAIL.COM นายดำรงศักดิ์ บุญพันธ์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์, E-mail: ITSSJBK@GMAIL.COM โทร. 042-492046 ต่อ 115 นายสุริยงค์ สุระสาย นักวิชาการคอมพิวเตอร์ มือถือ 086-4831730 , E-mail: suriyong_cs115@hotmail.com Line ID : HDC_SSJ.BK ,Admin-ITBK
การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	1. ใช้ในการประเมินผลการจัดระบบสารสนเทศทุกหน่วยบริการในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของจังหวัด และเขตบริการสุขภาพที่ 8 2. ใช้ในการวางแผนเพื่อพัฒนางานข้อมูลข่าวสารสารสนเทศของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬในปีต่อไป

ตัวชี้วัด	55. คะแนนการดำเนินงานผลงาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์				
ยุทธศาสตร์ที่	4 Governance Excellence (ยุทธศาสตร์พัฒนาการบริหารจัดการ)				
ประเภทตัวชี้วัด	ประจำ				
หน่วยวัด	เชิงคุณภาพ				
น้ำหนัก	2				
คำนิยาม	<p>วิจัย (Research)/ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การพยาบาล/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา กระบวนการศึกษาหาความรู้ ทั้งในเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ หรือเป็นการวิจัย เชิงผสมผสาน โดยที่ผลของการวิจัยนั้น สามารถนำไปพัฒนางานสาธารณสุขหรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในอนาคต</p> <p>R2R (Routine to Research) หมายถึง การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ซึ่งต้องมาจากปัญหาหน้างานมาจากการประจำที่ทำกันอยู่และต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น และสามารถนำไปปรับปรุงการทำงานและการบริการให้ดีขึ้นในบริบทของแต่ละองค์กร/หน่วยงาน</p> <p>นวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ (Innovative Healthcare Management) หมายถึง นวัตกรรม การบริหารและการจัดการบริการสุขภาพใหม่ แก่ประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้น</p> <p>นวัตกรรม (Innovative) หมายถึง สิ่งที่ทำขึ้นใหม่ หรือแตกต่างจากเดิม ซึ่งอาจเป็นความคิด วิธีการ หรืออุปกรณ์ เป็นต้น ที่มีคุณค่า และมีประโยชน์ต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน (ความหมายตาม พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542</p> <p>หน่วยงาน หมายถึง รพ.และ ศสม. /สสอ./รพ.สต. (ภาพรวมของ CUP) มีการจัดการองค์ความรู้ของผลงาน วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ นำไปถ่ายทอด/เผยแพร่ทางสื่อต่างๆ เพื่อให้เกิดการประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนาทางด้านสุขภาพในหน่วยงานตนเอง</p> <p>การนำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การพยาบาล/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา (1) ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่างๆรวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการต่างๆ ทั้งในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับกระทรวง ระดับประเทศและต่างประเทศ ได้แก่ การตีพิมพ์วารสารวิชาการ/การเผยแพร่ผลงานผ่านเว็บไซต์วิชาการ/ การลงเอกสารเผยแพร่งานวิชาการสาธารณสุขทุกระดับ เข้าร่วมนำเสนอเวทีวิชาการทุกระดับ</p> <p>และ (2) ที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้ จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริง เช่น การกำหนดลงในแผนงาน/โครงการ การอ้างอิงผลงานวิจัยในสิ่งตีพิมพ์หรือสื่อต่างๆ หนังสืออ้างอิงทางราชการ การพัฒนาเป็นคู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์ ผลการประเมินและรูปภาพประกอบการนำไปใช้ประโยชน์ เป็นต้น</p> <p>เสร็จสมบูรณ์หรือสิ้นสุดการวิจัย หมายถึง กระบวนการศึกษาหาความรู้/การวิจัย/พัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์/การพยาบาล/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่เสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย/พัฒนาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเรื่องนั้นๆ</p>				
ผลงานย้อนหลัง	ร้อยละผลงาน วิจัย/R2R และ นวัตกรรมด้าน สุขภาพ ที่ให้ หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		ร้อยละ	2561	2562	2563
			62.63	45.95	44.83
เป้าหมาย	4 คะแนน				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการประเมิน และแหล่งเก็บข้อมูล																				
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานสังกัดสาธารณสุขจังหวัดมีผลงาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์																				
ระยะเวลาในการประเมิน	การประเมิน รอบที่ 1 (ตุลาคม 2563 – มีนาคม 2564) การประเมิน รอบที่ 2 (มีนาคม 2564 – กันยายน 2564) สรุปผลคะแนน ไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายน 2564)																				
การคำนวณคะแนน	<p>โดยที่</p> <p>A = ร้อยละผลงาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ ใน ปีงบประมาณ 2563-2564 (3 คะแนน)</p> <p>B = สัดส่วนของผลงาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2562-2564 ที่เสร็จสมบูรณ์หรือ สิ้นสุดการวิจัยต่อจำนวนหน่วยงานทั้งหมด (2 คะแนน)</p> <p>ทั้งนี้</p> <p>a = จำนวนผลงาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ ใน ปีงบประมาณ 2563-2564</p> <p>b = จำนวนผลงาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2562-2564 ที่เสร็จสมบูรณ์หรือ สิ้นสุดการวิจัย</p> <p>c = จำนวนหน่วยงานทั้งหมด</p> <p>มีรายละเอียด ดังนี้</p> <p>A = (a/b) x 100 (3 คะแนน)</p> <p>โดยที่</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>10</td> <td>25</td> <td>50</td> </tr> </tbody> </table> <p>B = (b/c) x 100 (2 คะแนน)</p> <p>โดยที่</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>1</th> <th>1.4</th> <th>1.6</th> <th>1.8</th> <th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>30</td> <td>40</td> <td>50</td> <td>60</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table> <p>สรุปวิธีการรวมคะแนน (5 คะแนน)</p> <p><u>A + B = ค่าคะแนนผลงานวิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์</u></p>	ระดับคะแนน	1	2	3	ร้อยละ	10	25	50	ระดับคะแนน	1	1.4	1.6	1.8	2	ร้อยละ	30	40	50	60	70
ระดับคะแนน	1	2	3																		
ร้อยละ	10	25	50																		
ระดับคะแนน	1	1.4	1.6	1.8	2																
ร้อยละ	30	40	50	60	70																
แหล่งเก็บข้อมูล (เพิ่มเติม)	1. แผนงาน/โครงการ/แผนปฏิบัติการ/งบประมาณ (สสอ./โรงพยาบาล หรือภาพรวมของ CUP) และ/หรือ 2. คำสั่งคณะทำงานพัฒนางาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ระดับหน่วยงาน (สสอ./โรงพยาบาล หรือภาพรวมของ CUP)																				
วิธีการประเมินผล	การนับจำนวนผลงานวิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่นำไปใช้ประโยชน์ โดยที่ผลงานวิจัยจะดำเนินการ ในช่วงเวลาใดก็ได้ กรณีที่งานวิจัย/R2R มีการนำไปใช้ประโยชน์มากกว่า 1 ครั้ง ให้นับการใช้ประโยชน์ได้เพียง ครั้งเดียว																				
	<p>การนำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง องค์กรความรู้ทางการแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา</p> <p>(1) ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่างๆรวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการ ประชุมวิชาการต่างๆ ทั้งในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับกระทรวง ระดับประเทศและ</p>																				

	<p>ต่างประเทศ ได้แก่ การตีพิมพ์ลงวารสารวิชาการ/การเผยแพร่ผลงานผ่านเว็บไซต์วิชาการ/ การลงเอกสารเผยแพร่งานวิชาการสาธารณสุขทุกระดับ เข้าร่วมนำเสนอเวทีวิชาการทุกระดับ</p> <p>(2) ที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริง เช่น การกำหนดลงในแผนงาน/โครงการ การอ้างอิงผลงานวิจัยในสิ่งตีพิมพ์หรือสื่อต่างๆ หนังสืออ้างอิงทางราชการ การพัฒนาเป็นคู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์ ผลการประเมินและรูปภาพประกอบการนำไปใช้ประโยชน์ เป็นต้น</p> <p>หลักฐานเชิงประจักษ์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผลงานวิชาการที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมนำเสนอในงานประชุมวิชาการสาธารณสุขจังหวัดประจำปี และวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2. ผลงานที่เป็นต้นฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการพิจารณาว่าเหมาะสมจากบรรณาธิการ ซึ่งพร้อมที่จะเผยแพร่ 3. หนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (รายละเอียดแนบท้าย) 4. เว็บไซต์ http://www.thailand.digitaljournals.org ในกรณีที่ผลงานวิจัย/R2R ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขแล้ว 5. เว็บไซต์ http://www.bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/ ในกรณีที่ผลงานวิจัย/R2R ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขแล้ว
ผู้ประสานงาน	<p>กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ นายประเสริฐ บินตะคุ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ น.ส.นฤมล นนยะโส นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทร. 042-492046 ต่อ 109 E-mail : namonnon@hotmail.com</p>

ตัวชี้วัดที่	56. ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา																	
ยุทธศาสตร์ที่	4. พัฒนาการบริหารจัดการ (BKPH Governance)																	
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ																	
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																	
น้ำหนัก	1.5																	
คำนิยาม	วัสดุยา หมายถึง ยา และวัสดุอื่นๆ ที่ใช้ในทางเภสัชกรรม และให้หมายความตามที่ใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย การดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา หมายถึง การดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการดำเนินการที่เป็นระบบ โปร่งใส ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมมีการควบคุมกำกับและรายงานตามลำดับขั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
			2560	2561	2562	2563												
	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา	ระดับ	n/a	95.0	98.25	94.06												
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง																	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน																	
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง																	
รายการข้อมูล	A = คะแนนที่รวมได้ B = คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมด																	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																	
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 60</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 70</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 80</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 90</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>						คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 60	2	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 70	3	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 80	4	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 90	5	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 100
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 60																	
2	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 70																	
3	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 80																	
4	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 90																	
5	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 100																	

เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบาย		
	กิจกรรม	แหล่งข้อมูล	คะแนน
	1. มีผู้รับผิดชอบวัสดุยา ใน PTC ที่เป็นปัจจุบันและมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ/รายงานการประชุมคณะกรรมการ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง	5
	2. มีการจัดทำบัญชีรายการวัสดุยา ของโรงพยาบาลประจำปี 2564	บัญชีรายการวัสดุยา ของโรงพยาบาลประจำปี 2564	5
	3. มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุยา เข้า-ออก	เกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุยา เข้า/ออก บัญชีโรงพยาบาล	5
	4. มีการจัดทำแผนจัดซื้อวัสดุยา ปีงบประมาณ 2564	แผนจัดซื้อวัสดุยา ปีงบประมาณ 2564	5
	5. มีผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังวัสดุยา	คำสั่งแต่งตั้งรายชื่อผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังวัสดุยา ปีงบประมาณ 2564	5
	6. มีระบบการกำกับ/ควบคุม/ตรวจสอบเกี่ยวกับการดำเนินงานของวัสดุยา	การจัดซื้อและตรวจรับ จัดซื้อตามแผนและตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา พ.ศ. 2557/การจัดเก็บ มีการลงทะเบียนรับเข้าคลัง (stock card) ทุกรายการและตามแบบฟอร์มระเบียบฯ พ.ศ. 2557/คลังมีสภาพแข็งแรง มั่นคง ปลอดภัย มีการควบคุมอุณหภูมิตามมาตรฐาน/มีการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์จัดการระบบคลังบริหารเวชภัณฑ์/ การเบิกจ่าย มีการลงทะเบียนเบิก - จ่ายที่ถูกต้อง มีระบบที่สามารถสอบทานกันได้/มีแบบฟอร์มการเบิกจ่ายวัสดุยา โดยตามระเบียบชัดเจน	10
	7. มีแนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา พ.ศ. 2557	แนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา พ.ศ.2557 เป็นลายลักษณ์อักษร	5

ตัวชี้วัดที่	57. ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป					
ยุทธศาสตร์ที่	4. พัฒนาการบริหารจัดการ (BKPH Governance)					
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ					
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	1.5					
คำนิยาม	วัสดุการแพทย์ทั่วไป หมายถึง วัสดุที่ใช้ในทางการแพทย์ และให้หมายความวัสดุที่ใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย การดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป หมายถึง การดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการดำเนินการที่เป็นระบบ โปร่งใส ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมมีการควบคุมกำกับและรายงานตามลำดับขั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2560	2561	2562	2563
	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป	ระดับ	n/a	92.5	95.75	91.88
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 90					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน					
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง					
รายการข้อมูล	A = คะแนนที่รวมได้ B = คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 50				
	2	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 60				
	3	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 70				
	4	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 80				
	5	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 90				

เกณฑ์การให้ คะแนน	คำอธิบาย		
	กิจกรรม	แหล่งข้อมูล	คะแนน
	12. มีผู้รับผิดชอบวัสดุการแพทย์ทั่วไปใน PTC ที่เป็นปัจจุบันและมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ/รายงานการประชุมคณะกรรมการ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง	5
	13. มีการจัดทำบัญชีรายการวัสดุการแพทย์ทั่วไปของโรงพยาบาล ประจำปี 2564	บัญชีรายการวัสดุการแพทย์ทั่วไปของโรงพยาบาล ประจำปี 2564	5
	14. มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุการแพทย์ทั่วไป เข้า - ออก	เกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุการแพทย์ทั่วไป เข้า/ออกบัญชีโรงพยาบาล	5
	15. มีการจัดทำแผนจัดซื้อวัสดุการแพทย์ทั่วไป ปีงบประมาณ 2564	แผนจัดซื้อวัสดุการแพทย์ทั่วไป ปีงบประมาณ 2564	5
	16. มีผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังวัสดุการแพทย์ทั่วไป	คำสั่งแต่งตั้งรายชื่อผู้รับชอบงานบริหารคลังวัสดุการแพทย์ทั่วไป ปีงบประมาณ 2564	5
	17. มีระบบการกำกับ/ควบคุม/ตรวจสอบเกี่ยวกับการดำเนินงานของวัสดุการแพทย์ทั่วไป	การจัดซื้อและตรวจรับ จัดซื้อตามแผนและตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา พ.ศ. 2557/การจัดเก็บ มีการลงทะเบียนรับเข้าคลัง (stock card) ทุกรายการและตามแบบฟอร์มระเบียบฯ พ.ศ. 2557/คลังมีสภาพแข็งแรง มั่นคงปลอดภัย มีการควบคุมอุณหภูมิตามมาตรฐาน/มีการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์จัดการระบบคลังบริหารเวชภัณฑ์/การเบิกจ่าย มีการลงทะเบียนเบิก - จ่ายที่ถูกต้อง มีระบบที่สามารถสอบทานกันได้/มีแบบฟอร์มการเบิกจ่ายวัสดุการแพทย์ทั่วไป โดยตามระเบียบชัดเจน	10
	18. มีแนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ ยาฯ พ.ศ. 2557	แนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ ยาฯ พ.ศ. 2557 เป็นลายลักษณ์อักษร	5

เกณฑ์การให้ คะแนน	คำอธิบาย			
		กิจกรรม	แหล่งข้อมูล	คะแนน
		19. มีการรายงานการบริหารเวชภัณฑ์ รายไตรมาส (DMSIC) หรือรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ไปที่ส่วนกลางและเขตสุขภาพที่ 8 ครบถ้วนและตรงเวลา	http://dmsic.moph.go.th ตรงเวลาและครบถ้วน โดยให้รายงานภายใน 30 วันหลังจากครบกำหนด/ข้อมูลการรายงานจากส่วนกลางและเขตสุขภาพที่ 8 (สปรส. R8way) <u>ตรงเวลาและครบถ้วน</u>	15
		20. การกำกับติดตามให้เป็นไปตามแนวทางการจัดซื้อตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีอายุ พ.ศ. 2557	ส้อม รบ.301 Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการวัสดุการแพทย์ทั่วไป <u>ถูกต้องและครบ</u>	15
		21. การกำกับ ติดตาม และนิเทศคลังวัสดุการแพทย์ทั่วไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	<ul style="list-style-type: none"> ▪ มีคำสั่งแต่งตั้ง/แผนการปฏิบัติการและปฏิบัติงานจริงที่ รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง ▪ มีกรอบบัญชีรายการวัสดุการแพทย์ทั่วไป รพ.สต.ประจำปีงบประมาณ 2564 	15
	22. มีการจัดซื้อวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร่วมระดับเขต/จังหวัด	รายงานผลการวัสดุการแพทย์ร่วมระดับเขต เป้าหมาย มูลค่าการจัดซื้อวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร่วมต่อมูลค่าการจัดซื้อวัสดุการแพทย์ทั่วไป ทั้งหมด มากกว่าร้อยละ 25	15	
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ http://dmsic.moph.go.th			
วิธีการประเมิน	การประเมินรอบที่ 1	1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564	กิจกรรมที่ 1 - 11	
	การประเมินรอบที่ 2	1 เมษายน 2564 – 30 กันยายน 2564	กิจกรรมที่ 1 - 11	
ผู้ประสานงาน	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ นายดวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ Mobile 086-8508366 นางสาวชนากานต์ อนุรักษ์ธงไชย ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ Mobile 089-7577864 นางสาวกนกวรรณ เทมียะโก ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ Mobile 087-4291104			

ตัวชี้วัดที่	58. ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ					
ยุทธศาสตร์ที่	4. พัฒนาการบริหารจัดการ (BKPH Governance)					
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ					
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	1.5					
คำนิยาม	<p>วัสดุทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง วัสดุที่ใช้ในทางการแพทย์ ณ ห้องปฏิบัติการ และให้หมายความวัสดุที่ใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย</p> <p>การดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง การดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการดำเนินการที่เป็นระบบ โปร่งใส ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมมีการควบคุมกำกับและรายงานตามลำดับขั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ</p>					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2560	2561	2562	2563
	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ	ระดับ	n/a	87.5	93.5	98.25
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 90					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน					
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง					
รายการข้อมูล	A = คะแนนที่รวมได้ B = คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การประเมิน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	
	50	60	70	80	90	

เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบาย	กิจกรรม		
		กิจกรรม	แหล่งข้อมูล	คะแนน
		23. มีผู้รับผิดชอบวัสดุทางห้องปฏิบัติการใน PTC ที่เป็นปัจจุบันและมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ/รายงานการประชุมคณะกรรมการ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง	5
		24. มีการจัดทำบัญชีรายการวัสดุทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล ประจำปี 2564	บัญชีรายการวัสดุทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล ประจำปี 2564	5
		25. มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุทางห้องปฏิบัติการ เข้า-ออก	เกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุทางห้องปฏิบัติการ เข้า/ออกบัญชีโรงพยาบาล	5
		26. มีการจัดทำแผนจัดซื้อวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2564	แผนจัดซื้อวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2564	5
		27. มีผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังวัสดุทางห้องปฏิบัติการ	คำสั่งแต่งตั้งรายชื่อผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2564	5
		28. มีระบบการกำกับ/ควบคุม/ตรวจสอบเกี่ยวกับการดำเนินงานของวัสดุทางห้องปฏิบัติการ	การจัดซื้อและตรวจรับ จัดซื้อตามแผนและตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ ที่มีใช้ฯ พ.ศ. 2557/การจัดเก็บ มีการลงทะเบียนรับเข้าคลัง (stock card) ทุกรายการและตามแบบฟอร์มระเบียบฯ พ.ศ. 2557/คลังมีสภาพแข็งแรง มั่นคง ปลอดภัย มีการควบคุมอุณหภูมิตามมาตรฐาน/มีการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์จัดการระบบคลังบริหารเวชภัณฑ์/ การเบิกจ่าย มีการลงทะเบียนเบิก - จ่ายที่ถูกต้อง มีระบบที่สามารถสอบทานกันได้/มีแบบฟอร์มการเบิกจ่ายวัสดุทางห้องปฏิบัติการ โดยตามระเบียบชัดเจน	10
		29. มีแนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ฯ พ.ศ. 2557	แนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ฯ พ.ศ. 2557 เป็นลายลักษณ์อักษร	5

เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบาย			
		กิจกรรม	แหล่งข้อมูล	คะแนน
		30. มีการรายงานการบริหารเวชภัณฑ์ รายไตรมาส (DMSIC) หรือรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ไปที่ส่วนกลางและเขตสุขภาพที่ 8 ครบถ้วนและตรงเวลา	http://dmsic.moph.go.th ตรงเวลาและครบถ้วน โดยให้รายงานภายใน 30 วันหลังจากครบกำหนด/ข้อมูลการรายงานจากส่วนกลางและเขตสุขภาพที่ 8 (สปรส. R8way) <u>ตรงเวลาและครบถ้วน</u>	15
		31. การกำกับติดตามให้เป็นไปตามแนวทางการจัดซื้อตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยา และเวชภัณฑ์ที่มีอายุ พ.ศ. 2557	ส้อม รบ.301 Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการวัสดุทางห้องปฏิบัติการ <u>ถูกต้องและครบ</u>	15
		32. การกำกับ ติดตาม และนิเทศคลังวัสดุทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	<ul style="list-style-type: none"> ▪ มีคำสั่งแต่งตั้ง/แผนการปฏิบัติการและปฏิบัติงานจริงที่ รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง ▪ มีกรอบบัญชีรายการวัสดุทางห้องปฏิบัติการ รพ.สต.ประจำปีงบประมาณ 2564 	15
	33. มีการจัดซื้อวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ร่วมระดับเขต/จังหวัด	รายงานผลการวัสดุทางห้องปฏิบัติการร่วมระดับเขต เป้าหมาย มูลค่าการจัดซื้อวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร่วมต่อมูลค่าการจัดซื้อวัสดุการแพทย์ทั่วไป ทั้งหมดมากกว่าร้อยละ 25	15	
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ http://dmsic.moph.go.th			
วิธีการประเมิน	การประเมินรอบที่ 1 1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564 กิจกรรมที่ 1 - 11 การประเมินรอบที่ 2 1 เมษายน 2564 – 30 กันยายน 2564 กิจกรรมที่ 1 - 11			
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ นายดวงสิทธิ์ จันทร์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ Mobile 086-8508366 นางสาวชนากานต์ อนุรักษ์ธงไชย ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ Mobile 089-7577864 นางสาวกนกวรรณ เหมียะโก ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ Mobile 087-4291104			

ตัวชี้วัดที่	59. ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม																	
ยุทธศาสตร์ที่	4. พัฒนาการบริหารจัดการ (BKPH Governance)																	
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ																	
ลักษณะตัวชี้วัด	เชิงปริมาณ																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																	
น้ำหนัก	1.5																	
คำนิยาม	วัสดุทันตกรรม หมายถึง วัสดุที่ใช้ในทางทันตกรรม และให้หมายความวัสดุที่ใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย การดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม หมายถึง การดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการดำเนินการที่เป็นระบบ โปร่งใส ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมมีการควบคุมกำกับ และรายงานตามลำดับขั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ																	
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.															
			2560	2561	2562	2563												
	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่ม ประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม	ระดับ	n/a	82.5	93.12	84.12												
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 90																	
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง																	
วิธีการ จัดเก็บข้อมูล	นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน																	
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง																	
รายการข้อมูล	A = คะแนนที่รวมได้ B = คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมด																	
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																	
เกณฑ์การ ประเมิน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 50</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 60</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 70</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 80</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>						คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 50	2	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 60	3	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 70	4	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 80	5	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 90
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 50																	
2	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 60																	
3	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 70																	
4	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 80																	
5	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 90																	

เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบาย		
	กิจกรรม	แหล่งข้อมูล	คะแนน
	34. มีผู้รับผิดชอบวัสดุทันตกรรมใน PTC ที่เป็นปัจจุบันและมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ/รายงานการประชุมคณะกรรมการ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง	5
	35. มีการจัดทำบัญชีรายการวัสดุทันตกรรมของโรงพยาบาล ประจำปี 2564	บัญชีรายการวัสดุทันตกรรมของโรงพยาบาล ประจำปี 2564	5
	36. มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุทันตกรรม เข้า-ออก	เกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุทันตกรรมเข้า/ออกบัญชีโรงพยาบาล	5
	37. มีการจัดทำแผนจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ปีงบประมาณ 2564	แผนจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ปีงบประมาณ 2564	5
	38. มีผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังวัสดุทันตกรรม	คำสั่งแต่งตั้งรายชื่อผู้รับชอบงานบริหารคลังวัสดุทันตกรรม ปีงบประมาณ 2564	5
	39. มีระบบการกำกับ/ควบคุม/ตรวจสอบเกี่ยวกับการดำเนินงานของวัสดุทันตกรรม	การจัดซื้อและตรวจรับ จัดซื้อตามแผนและตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ฯ พ.ศ. 2557/การจัดเก็บ มีการลงทะเบียนรับเข้าคลัง (stock card) <u>ทุกรายการและตามแบบฟอร์มระเบียบฯ พ.ศ. 2557/คลังมีสภาพแข็งแรง มั่นคงปลอดภัย มีการควบคุมอุณหภูมิตามมาตรฐาน/มีการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์จัดการระบบคลังบริหารเวชภัณฑ์/การเบิกจ่าย มีการลงทะเบียนเบิก - จ่ายที่ถูกต้อง มีระบบที่สามารถสอบทานกันได้/มีแบบฟอร์มการเบิกจ่ายวัสดุทันตกรรม โดยตามระเบียบชัดเจน</u>	10
	40. มีแนวปฏิบัติและกลไกการกำกับ/การปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ฯ พ.ศ. 2557	แนวปฏิบัติและกลไกการกำกับ/การปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ฯ พ.ศ. 2557 เป็นลายลักษณ์อักษร	5

เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบาย		
	กิจกรรม	แหล่งข้อมูล	คะแนน
	41. มีการรายงานการบริหารเวชภัณฑ์ รายไตรมาส (DMSIC) หรือรายงานข้อมูลการบริหารเวชภัณฑ์ไปที่ส่วนกลางและเขตสุขภาพที่ 8 ครบถ้วนและตรงเวลา	http://dmsic.moph.go.th ตรงเวลา และครบถ้วน โดยให้รายงานภายใน 30 วันหลังจากครบกำหนด/ข้อมูลการรายงานจากส่วนกลางและเขตสุขภาพที่ 8 (สปรส. R8way) <u>ตรงเวลาและครบถ้วน</u>	15
	42. การกำกับติดตามให้เป็นไปตามแนวทางการจัดซื้อตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา พ.ศ. 2557	เล่ม รบ.301 Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการวัสดุทันตกรรม <u>ถูกต้องและครบ</u>	15
	43. การกำกับ ติดตาม และนิเทศคลังวัสดุทันตกรรม รพ.สต.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ มีคำสั่งแต่งตั้ง/แผนการปฏิบัติการ และปฏิบัติงานจริงที่ รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง ▪ มีกรอบบัญชีรายการวัสดุทันตกรรม รพ.สต.ประจำปีงบประมาณ 2564 	15
44. มีการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ร่วมระดับเขต/จังหวัด	รายงานผลการวัสดุทันตกรรม ร่วมระดับเขต เป้าหมาย มูลค่าการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ร่วมต่อมูลค่าการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ทั้งหมด มากกว่าร้อยละ 25	15	
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ http://dmsic.moph.go.th		
วิธีการประเมิน	การประเมินรอบที่ 1	1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564	กิจกรรมที่ 1 - 11
	การประเมินรอบที่ 2	1 เมษายน 2564 – 30 กันยายน 2564	กิจกรรมที่ 1 - 11
ผู้ประสานงาน	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ นายดวงสิทธิ์ จันทร์ทวี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ Mobile 086-8508366 นางสาวชนากานต์ อนุรักษ์ธงไชย ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ Mobile 089-7577864 นางสาวกนกวรรณ เหมียะโก ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ Mobile 087-4291104		