เอกสารการประชุม
ชี้แจง KPI
ปีงบประมาณ 2566

ร่าง KPI

2566

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ 1

PP&P

Excellence

ยุทธศาสตร์ที่ 1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 1. ร้อยละหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5G พลัส ระดับดีขึ้นไป
ค่าน้ำหนัก 5
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

การจัดการสุขภาพ หมายถึง การที่หมู่บ้าน/ชุมชน มีกระบวนการร่วมกันในการวางแผนด้านสุขภาพ มีการจัดการทรัพยากรเพื่อใช้ในการพัฒนาด้านสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และมีการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5G พลัส หมายถึง หมู่บ้านมีการขับเคลื่อนนโยบายเน้นหนัก 5 ประเด็น เพื่อป้องกันการป่วยด้วยโรคที่เกิดจาก**ภาวะทุพโภชนาการ** ดังนี้

1. Good Choice (การสร้างทางเลือกดี) หมายถึง ร้านชำจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ดี มีมาตรฐาน รวมถึงหมอคนที่ 1 ของหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านการอ่านฉลากโภชนาการและการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2. Good Teeth (สุขภาพฟันดี) หมายถึง ประชาชนสุขภาพช่องปากดี ฟันดีไม่มีผุ โดยมีกิจกรรม คือ

1. พัฒนาศักยภาพหมอคนที่ 2 ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เพื่อถ่ายทอดความรู้ไปยังหมอคนที่1/Care giver
2. หมอคนที่ 1 และCare giver มีการเยี่ยม ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีการส่งต่อข้อมูลให้กับหมอคนที่ 2
3. หมอคนที่ 2 มีการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้ Teledentistry มีการส่งต่อเพื่อรับการรักษาจากหมอคนที่ 3 รพ.อำเภอ

3. Good Nutrition (โภชนาการดี) หมายถึง กินดีถูกหลัก เหมาะสมตามวัย ห่างไกล NCDs. โดยการสร้างระบบเฝ้าระวังภาวะโภชนาการตามกลุ่มวัย ประกอบด้วย

1. มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายตามวัย
2. มีการประเมินภาวะโภชนาการ
3. มีการแปลผลและรับรู้ภาวะโภชนาการ
4. หมู่บ้านมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและแก้ไขปัญหา

4. Good Health (กาย – ใจดี) หมายถึง ประชาชนหุ่นสวย แรงดี ไม่มีเครียด โดยการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายตามกลุ่มวัย และมีการประเมินผลจากภาวะสูงดีสมส่วนในเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียน ส่วนวัยทำงานและวัยสูงอายุมีการประเมินดัชนีมวลกาย (BMI)

5. Good Environment (สิ่งแวดล้อมดี) หมายถึง สถานประกอบการ/ร้านอาหาร/แผงลอย ถูกสุขลักษณะตามมาตรฐานอาหารสะอาดรสชาติอร่อยเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยว (Clean food good taste/Clean food good taste+)

6. PLUS (การเข้าถึงสื่อ) หมายถึง

1. มีบุคคลต้นแบบด้านการสื่อสารใช้หลักการสื่อสาร SMCR ได้ (P)
2. มีช่องทางการสื่อสารออกแบบ การเรียนรู้ร่วมกันสม่ำเสมอในด้านสุขภาพ (L)
3. มีการเข้าถึงสื่อสุขภาพแนวทางเดียวกัน (U)

4. มีแนวทาง/นวัตกรรมสื่อสุขภาพในหมู่บ้าน และคืนข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ให้แก่หมอคนที่ 1 /ผู้นำชุมชน/สมาชิก อบต./เทศบาล (S)

เครื่องมือการประเมิน ได้แก่ แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5G แบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

1. การจัดการปัจจัยนำเข้า
2. การขับเคลื่อนกระบวนการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน
3. การเฝ้าระวังสุขภาพชุมชน
4. เป็นต้นแบบการจัดการสุขภาพของชุมชน
5. มีผลลัพธ์และผลกระทบของการพัฒนา

เกณฑ์การประเมิน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

1. ระดับพื้นฐาน
2. ระดับพัฒนา
3. ระดับดี
4. ระดับดีมาก
5. ระดับดีเยี่ยม

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5G พลัส ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ	-	71.70	86.27

เกณฑ์เป้าหมาย

ร้อยละหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5G พลัส ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

หมู่บ้านในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 617 หมู่บ้าน

วิธีจัดเก็บข้อมูล

แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5G

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

แหล่งข้อมูล : รพท./รพช./สสอ./รพ.สต./อปท./หมู่บ้าน

สูตรคำนวณ :

ร้อยละหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5G พลัส ระดับดีขึ้นไป = (A/B) x 100

รายงานข้อมูล 1 A = จำนวนหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5G ระดับดีขึ้นไป

รายงานข้อมูล 2 B = จำนวนหมู่บ้านทั้งหมดในจังหวัดบึงกาฬ

ระยะเวลาการประเมินผล

วิเคราะห์และสรุปผล 12 เดือน (ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566)

เกณฑ์การประเมินผล : ประเมินระดับจังหวัด

ร้อยละหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5G พลัส ระดับดีขึ้นไป

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90≥

เกณฑ์การประเมินผล : ประเมินระดับอำเภอ

ร้อยละหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5G พลัส ระดับดีขึ้นไป

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90≥

วิธีการประเมินผล

1. เยี่ยมเสริมพลังติดตามการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5G พลัส
2. ประเมินการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5G พลัส โดยใช้เกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5G พลัส

เอกสารสนับสนุน

1. คู่มือการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5G พลัส
2. แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5G พลัส

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด
กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
กลุ่มงานภารกิจสื่อสารและการประชาสัมพันธ์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 492 046 โทรสาร : 042 492 011
สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 2. ความสำเร็จการดำเนินงานฝากครรภ์คุณภาพ
ค่าน้ำหนัก 3
หน่วยการวัด
คำนิยาม

หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกราย ที่มาฝากครรภ์สถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ

การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง มีการจัดระบบบริการให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วย การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงตามแนวทาง Buengkan Model classiflying pregnancy การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการการจัดระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงและให้ความรู้พร้อมข้อแนะนำตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ใช้ Application ก้าวย่างเพื่อสร้างลูกเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ รวมถึงการนำกลไกมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน มาใช้ในการส่งเสริมและดูแลหญิงตั้งครรภ์

หญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบ หมายถึง หญิงไทยคลอดในเขตรับผิดชอบและหญิงไทยคลอดที่มารับบริการ ประกอบด้วย

1.หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

2.หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบที่มาใช้บริการคลอด

Buengkan Model classiflying pregnancy หมายถึง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง 4 กลุ่ม ดังนี้

1. Very Low Risk (เสี่ยงต่ำมาก ระดับ 1) 2. Low Risk (เสี่ยงต่ำ ระดับ 2)
3. High Risk (เสี่ยงสูง ระดับ 3) 4. Very High Risk (เสี่ยงสูงมาก ระดับ 4)

หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ณ สถานบริการนั้นๆ ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์และคู่ได้รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้งที่มารับบริการฝากครรภ์อย่างครบถ้วน เน้นหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสาหรับประเทศไทย พ.ศ.2565

1. ฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ อย่างน้อย 1 ครั้ง
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ครบทุกรายการ อย่างน้อยกิจกรรมละ 1 ครั้ง ดังนี้
   1) CBC for Hct /Hb, MCV MCV 2) DCIPDCIP
   3) Anti HIVHIV 4) ไวรัสตับอักเสบ บี
   5) คัดกรองโรคซิฟิลิสด้วยวิธี VDRL หรือ RPR หรือ TPHA หรือ anti TP
3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและฝึกแปรงฟันและขัดทาความสะอาดฟันอย่างน้อย 1 ครั้ง
4. อัลตราซาวด์ผ่านหน้าท้องหรือช่องคลอด อย่างน้อย 1 ครั้ง
5. การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ (รหัส Z 36.0,Z 36.2) อย่างน้อย 1 ครั้ง
6. การตรวจโลหิตเพื่อค้นหาเบาหวานด้วยวิธี Lab GCT หรือ Lab OGTT หรือ Lab FBS หรือ Lab DTX อย่างน้อย 1 ครั้ง

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก มีผลระดับฮีมาโตคริต (Lab 1) น้อยกว่าร้อยละ 33 (< 33%)

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ อายุครรภ์ 33-34 สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ อายุครรภ์ 33 - 34 สัปดาห์ มีผลระดับฮีมาโตคริต ครั้งที่ 2 (Lab 2) น้อยกว่าร้อยละ 33 (< 33%)

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอด หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอดที่มีผลระดับฮีมาโตคริต น้อยกว่าร้อยละ 33 (<33%)

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด

ตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน คือ ตำบลที่มีการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพ และคุ้มครองสตรีและเด็กปฐมวัย ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่หญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กแรกเกิด - 5 ปี เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยไทยเติบโตเต็มศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผ่านกลไกความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนและท้องถิ่น ระดับตำบล โดยดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

เครื่องมือการประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบประเมินเกณฑ์ตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. กลไกการขับเคลื่อนแบบบูรณาการ
2. การพัฒนาคุณภาพงานบริการสาธารณสุขและงานบริการด้านสังคม
3. การพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว

เกณฑ์การประเมิน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ

ระดับโอกาสพัฒนา	กิจกรรมดำเนินงาน	น้อยกว่าร้อยละ 60
ระดับดี	กิจกรรมดำเนินงาน	ร้อยละ 60 - 79
ระดับดีเยี่ยม (ผ่านการรับรอง)	กิจกรรมดำเนินงาน	มากกว่าร้อยละ 80

Application ก้าวย่างเพื่อสร้างลูก หมายถึง เป็นนวัตกรรมการสื่อสาร สำหรับหญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กวัยแรกเกิด - 6 ปี ให้ความรู้และแนะนำกิจกรรมเพื่อพัฒนาลูกด้านต่างๆ ตามช่วงวัยของลูก และกระตุ้นให้พ่อแม่นำกิจกรรมไปทดลองทำ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก ≤ 12 สัปดาห์	ร้อยละ	92.50	87.85	84.40
หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพ	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A
ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก	ร้อยละ	15.17	13.21	15.57
ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ อายุครรภ์ 33 - 34 สัปดาห์	ร้อยละ	14.14	9.29	15.93
ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอด	ร้อยละ	N/A	4.98	9.86
ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	ร้อยละ	5.90	5.05	7.88

เกณฑ์เป้าหมาย

1. ร้อยละสถานบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ANC ที่มีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100
2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
4. ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 16
   4.1 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ไม่เกินร้อยละ 16
   4.2 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ อายุครรภ์ 33 - 34 สัปดาห์ ไม่เกินร้อยละ 16
   4.3 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอด ไม่เกินร้อยละ 16
5. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7
6. จำนวนผู้ลงทะเบียนสมัคร Application ก้าวย่างเพื่อสร้างลูก จำนวน 2,730 คน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิดทุกรายในเขตรับผิดชอบ

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
2. สุ่มประเมินตามระเบียบวิธีวิจัยโดยพื้นที่/ สำรวจ ส่งรายงานผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
3. การลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูล Application ก้าวย่างเพื่อสร้างลูก

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

แหล่งข้อมูล

ระบบฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)
รายงานอนามัยแม่และเด็ก (ก - 2)
แบบรายงานผลการประเมินมาตรฐาน ANC คุณภาพ
แบบสรุปผลการประเมินตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน ระดับอำเภอ
การรายงานผลการลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูล Application ก้าวย่างเพื่อสร้างลูก

รายงานข้อมูล

รายการข้อมูล 1 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์

A = จำนวนหญิงตาม B ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (แฟ้ม ANC)
B = จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ทั้งหมด (แฟ้ม LABOR)

รายการข้อมูล 2 หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพ

C = จำนวนหญิงคลอดตาม D ที่ฝากครรภ์และได้รับกิจกรรมบริการครบตามสิทธิประโยชน์ (แฟ้ม ANC)
D = จำนวนหญิงไทยทุกรายที่คลอด ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน (แฟ้ม LABOR)

รายการข้อมูล 3 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

4.1 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก
E = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ตาม F ที่มีค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่า ร้อยละ 33
F = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกและได้ตรวจฮีมาโตคริต (HCT)

4.2 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ อายุครรภ์ 33-34 สัปดาห์

G = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ตาม H ที่มีค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่า ร้อยละ 33

H = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ช่วงอายุครรภ์ 33-34 สัปดาห์ และได้ตรวจฮีมาโตคริต (HCT) (Lab 2)

4.3 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอด

I = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ตาม G ที่มีค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่า ร้อยละ 33

G = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอดที่ได้ตรวจฮีมาโตคริต (HCT) (Lab 2)

รายการข้อมูล 4 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

K = จำนวนเด็กแรกเกิดตาม L ที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม

L = จำนวนเด็กแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (แฟ้ม newborn)

รายการข้อมูล 5 การสมัคร Application ก้าวย่างเพื่อสร้างลูก

M = จำนวนผู้ลงทะเบียนสมัคร Application ก้าวย่างเพื่อสร้างลูก

รายการข้อมูล 6 คะแนนเฉลี่ยความสำเร็จการดำเนินฝากครรภ์คุณภาพ ของ คปสอ.

N = ผลรวมคะแนนความสำเร็จการดำเนินงานฝากครรภ์คุณภาพ

O = จำนวน คปสอ.(8 อำเภอ)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ = (A/B) x 100
2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพ = (C/D) x 100
3. ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์
   3.1 ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก = (E/F) x 100
   3.2 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ อายุครรภ์ 33 - 34 สัปดาห์ = (G/H) x 100
   3.3 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอด = (I/J) x 100
4. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม = (K/L) x 100
5. จำนวนผู้ลงทะเบียนสมัคร Application ก้าวย่างเพื่อสร้างลูก = M
6. คะแนนเฉลี่ยความสำเร็จการดำเนินฝากครรภ์คุณภาพ ของ คปสอ. = N/O

ระยะเวลาการประเมินผล

รอบที่ 1 6 เดือนแรก (ตุลาคม 2565 - มีนาคม 2566)

รอบที่ 2 6 เดือนหลัง (เมษายน 2566 - กันยายน 2566)

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับจังหวัด

คะแนนเฉลี่ยความสำเร็จการดำเนินฝากครรภ์คุณภาพ ของ คปสอ.

คะแนน	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
คะแนน	1	2	3	4	5

ระดับอำเภอ

กำหนดการประเมินออกเป็น 2 ส่วน คือ การประเมินเชิงคุณภาพ (1.5 คะแนน) และเชิงปริมาณ (3.5 คะแนน)

1. การประเมินเชิงคุณภาพ (1.5 คะแนน)

ลำดับ	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสารประกอบการพิจารณา
1	คณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ มีการประชุมฯ อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี และสรุปรายงานการประชุม วาระการประชุม คือ สถานการณ์และผลการ ดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และวิเคราะห์สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก และจัดทำแผนงาน/ โครงการเพื่อการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น	0.5	-รูปภาพ/รายงานการประชุม
2	คณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ มีการลงเยี่ยมเสริมพลัง ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กในสถานบริการสาธารณสุขในเขตที่รับผิดชอบตามโปรแกรมประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	0.5	-แผนการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง/ภาพถ่ายกิจกรรม -สรุปผลการประเมินฯ
3	สถานบริการมีทะเบียน/ข้อมูลการคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ และทะเบียน/ข้อมูลส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่พบภาวะเสี่ยง และลงบันทึก รหัส ICD 10 High risk/Very high risk ในระบบ HosXp	0.25	-ทะเบียนข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่พบภาวะเสี่ยง
4	อำเภอมีการจัดทำแผนงาน/โครงการ ออกเยี่ยมเสริมพลัง/กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน ในระดับตำบล	0.25	- ภาพกิจกรรม - แผนงาน/โครงการ - แบบสรุปผลการประเมินตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน ระดับอำเภอ

2. การประเมินเชิงปริมาณ (3.5 คะแนน)

กำหนดค่าเป้าหมายที่จะให้สำเร็จ 5 ตัวชี้วัด โดยเกณฑ์การให้คะแนนพิจารณา ดังนี้

1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ≤12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (0.5 คะแนน)

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

2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (0.5 คะแนน)

คะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละ	≤ 35	35 - 39	40 - 44	45 - 49	≥ 50

3. ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 16 (1.5 คะแนน)

3.1 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ไม่เกินร้อยละ 16 *(0.5 คะแนน)*

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

3.2 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ อายุครรภ์ 33-34 สัปดาห์ ไม่เกินร้อยละ 16 *(0.5 คะแนน)*

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

3.3 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอด ไม่เกินร้อยละ 16 (*0.5 คะแนน)*

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

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

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

5. จำนวนการสมัคร Application ก้าวย่างเพื่อสร้างลูก (0.5 คะแนน)

อำเภอ	**1 คะแนน**	**2 คะแนน**	**3 คะแนน**	**4 คะแนน**	**5 คะแนน**
บึงกาฬ	382	442	502	562	622
พรเจริญ	150	180	210	240	270
โซ่พิสัย	269	319	369	419	469
เซกา	276	326	376	426	476
ปากคาด	122	142	162	182	202
บึงโขงหลง	178	208	238	268	298
ศรีวิไล	174	204	234	264	294
บุ่งคล้า	59	69	79	89	99

**ยอดจำนวนการสมัครคำนวณจากจำนวนทารกเกิดมีชีพจังหวัดบึงกาฬ ปีงบประมาณ 2562

วิธีการประเมินผล

นิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขแต่ละอำเภอ ปีละ 2 ครั้ง

เอกสารสนับสนุน

1. แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ R8 Model
2. Buengkan Model classiflying pregnancy
3. โปรแกรมการประเมินรับรองมาตรฐานการดำเนินงาน รพ./รพ.สต.อนามัยแม่และเด็ก
4. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
5. Application ก้าวย่างเพื่อสร้างลูก
6. แนวทางการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน กรมอนามัย
7. แบบประเมินตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน จังหวัดบึงกาฬ
8. คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางกนกพิชญ์ กาฬหว้า ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 094 289 3988 E-mail : kanokkala@gmail.com
2. นางสาวเพ็ญนภา พลเยี่ยม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์มือถือ : 083 916 2254 E-mail : pen23993@gmail.com
3. นางวราภรณ์ บุญประเสริฐ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 081 954 4529 E-mail : momoh_894@hotmail.com.
4. นางไกรษร จุลโยธา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
โทรศัพท์มือถือ : 081 954 4529 E-mail : kraisorn_julz@hotmail.co.th

ยุทธศาสตร์ที่ 1 .การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 3. ความสำเร็จการพัฒนาสถานบริการที่มีการคลอดมาตรฐาน
ค่าน้ำหนัก 3
หน่วยการวัด
คำนิยาม

การคลอดมาตรฐาน หมายถึง

1. มีสถานที่และอุปกรณ์ ที่ได้ตามมาตรฐาน
2. มีบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ/ความเสี่ยงสูง
3. มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์

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 การดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด (รายละเอียดในคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์)

การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้ความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์และคลอดหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่อุบัติเหตุ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

การตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรหลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร หลังการผ่าตัดคลอด

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดบุตรในช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน (GA 24 - 36 Wks 6 day) ในโรงพยาบาล

ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน หมายถึง ทารกแรกเกิดมีค่า Apgar score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ที่เวลาหลังคลอด 1 นาที

ตายปริกำเนิด หมายถึง การตายของทารกในครรภ์ และทารกแรกคลอด โดยอายุในครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไป ถึงอายุแรกคลอดไม่เกิน 7 วัน หรือถ้าไม่ทราบอายุครรภ์ใช้น้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป

หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 2 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง มารดาหลังคลอดและลูกในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับการเยี่ยม/ ดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และหรือ อสม. ตามเกณฑ์ จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 คือ เยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์แรก วันที่ 8 - 15 วัน นับถัดจากวันคลอด

ครั้งที่ 2 คือ เยี่ยมระหว่าง วันที่ 16 - วันที่ 42 นับถัดจากวันคลอด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตรา : แสนการเกิดมีชีพ	30.70	0.00	32.78
ร้อยละมารดาตกเลือดหลังคลอด	ร้อยละ	1.11	1.28	1.25
ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด	ร้อยละ	5.97	7.30	6.42
อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน	อัตรา : พันการเกิดมีชีพ	15.35	19.51	21.63
อัตราทารกตายปริกำเนิด	อัตรา : พันการเกิดมีชีพ	3.67	4.93	5.88
ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 2 ครั้งคุณภาพ	ร้อยละ	78.00	69.02	47.59

เกณฑ์เป้าหมาย

1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
2. อัตรามารดาตกเลือดหลังคลอด ไม่เกินร้อยละ 5
3. อัตราการคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ 7
4. อัตราทารกขาดออกซิเจน ไม่เกิน 25 : 1,000 การเกิดมีชีพ
5. อัตราทารกตายปริกำเนิด ไม่เกิน 5.5 : 1,000 การเกิดทั้งหมด
6. ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 2 ครั้งคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน

ทารกแรกคลอดโดยอายุในครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไปถึงอายุแรกคลอดไม่เกิน 7 วัน

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม

2. การรายงานการคลอดและการป่วย/การตายของมารดาและทารก (ก-2) เป็นประจำทุกเดือน

3. การรายงานการตายมารดาและทารกตายและแบบสอบสวนการตายมารดา(CE-62) : สถานบริการสาธารณสุขแจ้งสาเหตุการตายมารดาแก่สำนักงานสาธารณสุขภายใน 24 ชั่วโมง และส่งแบบสอบสวนการตายมารดา (CE-62) และรายงานทารกตาย (ก-1) ภายใน 15 วัน

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

แหล่งข้อมูล

ระบบฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)

รายงานอนามัยแม่และเด็ก (ก - 2)

รายงานการตายมารดา (CE-62) และทารกตาย(ก-1)

รายงานข้อมูล

รายการข้อมูล 1 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

A = จำนวนมารดาไทยตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้น อุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด

B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

รายการข้อมูล 2 มารดาตกเลือดหลังคลอด

C = จำนวนมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาล

D = จำนวนมารดาที่คลอดในโรงพยาบาล

รายการข้อมูล 3 การคลอดก่อนกำหนด

E = จำนวนมารดาที่คลอดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ในโรงพยาบาล

F = จำนวนมารดาที่คลอดในโรงพยาบาล

รายการข้อมูล 4 ทารกขาดออกซิเจนระหว่างคลอด

G = จำนวนทารกแรกเกิดที่มีคะแนน APGAR score ที่ 1 นาที $\leq$ 7

H = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ

รายการข้อมูล 5 ทารกตายปริกำเนิด

I = จำนวนการตายของทารกในครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์และจำนวนการตายของทารกแรกคลอดไม่เกิน 7 วัน

J = จำนวนทารกเกิดทั้งหมด

รายการข้อมูล 6 หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 2 ครั้งตามเกณฑ์

K = จำนวนหญิงไทยหลังคลอดตั้งแต่ 42 วันขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ได้รับการดูแลครบ 2 ครั้งตามเกณฑ์ในเวลาที่กำหนด (แฟ้ม Postnatal)

L = จำนวนหญิงไทยหลังคลอดตั้งแต่ 42 วันขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

สูตรการคำนวณ

1.อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	= (A/B) x 100,000
2.อัตรามารดาตกเลือดหลังคลอด	= (C/D) x 100
3.อัตราการคลอดก่อนกำหนด	= (E/F) x 100
4.อัตราทารกขาดออกซิเจน	= (G/H) x 100
5.อัตราทารกตายปริกำเนิด	= (I/J) x 1,000
6.ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 2 ครั้งคุณภาพ	= (K/L) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล

รอบที่ 1 6 เดือนแรก (ตุลาคม 2565 - มีนาคม 2566)

รอบที่ 2 6 เดือนหลัง (เมษายน 2566 - กันยายน 2566)

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับจังหวัด

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

ระดับอำเภอ

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

1. การประเมินเชิงคุณภาพ (2 คะแนน)

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

2.การประเมินเชิงปริมาณ (3 คะแนน)

กำหนดค่าเป้าหมายที่จะให้สำเร็จ 6 ตัวชี้วัด โดยเกณฑ์การให้คะแนนพิจารณา ดังนี้

1. อัตรามารดาไทยเสียชีวิตจากการคลอดต่อแสนการเกิดมีชีพ 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.อัตราคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ 7 (0.5 คะแนน)

หน่วยวัด	เป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
ร้อยละ	≥ 11	10	9	8	≤ 7

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.อัตราทารกตายปริกำเนิด ไม่เกิน 5.5 : 1,000 การเกิดทั้งหมด (0.5 คะแนน)

หน่วยวัด	เป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
อัตรา : พันการเกิดมีชีพ	≥ 13	12	11	10	≤ 9

6.ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 2 ครั้งคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (0.5 คะแนน)

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

วิธีการประเมินผล

นิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขแต่ละอำเภอ ปีละ 2 ครั้ง

เอกสารสนับสนุน

1. คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์
2. ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแห่งประเทศไทย การลดการตายของมารดา
3. มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ
4. แนวทางการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังมารดาตายสำหรับประเทศไทย
5. คู่มือแนวทางการทบทวนสาเหตุการตายทารกปริกำเนิด (Perinatal Death Review Guideline)
6. แบบฟอร์มรายงานการตายมารดา (CE - 62)
7. แบบฟอร์มรายงานทารกตายปริกำเนิด

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางกนกพิชญ์ กาฬหว้า ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
   โทรศัพท์มือถือ : 094 289 3988 E-mail : kanokkala@gmail.com
2. นางสาวเพ็ญนภา พลเยี่ยม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
   โทรศัพท์มือถือ : 083 916 2254 E-mail : pen23993@gmail.com
3. นางวราภรณ์ บุญประเสริฐ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
   โทรศัพท์มือถือ : 081 954 4529 E-mail : momoh_894@hotmail.com.
4. นางไกรษร จุลโยธา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
   โทรศัพท์มือถือ : 081 954 4529 E-mail : kraisorn_julz@hotmail.co.th

.

ยุทธศาสตร์ที่ 1.การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด
คำนิยาม

เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ ในช่วง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง

สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)

ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

มหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนถึงอายุ 5 ปี

มหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน หมายถึง การส่งเสริมโภชนาการ (อาหารหญิงตั้งครรภ์ อาหารหญิงให้นมบุตร นมแม่ และอาหารเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยา ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิกสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิง หลังคลอดที่ให้นมแม่ ๖ เดือน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี) ร่วมกับการบูรณาการงานสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ

ตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน ตำบลที่มีประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน 4 ประเด็น ดังนี้

1) ชุมชน ท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย ร่วมลงทุนและเป็นเจ้าของในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-5 ปี โดยมีส่วนร่วมในการส่งเสริมโภชนาการ พัฒนาการ สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาน และการนอน
2) ดำเนินงานผ่านกลไกที่มีอยู่ในพื้นที่และครบถ้วนทุกกิจกรรมสำคัญ
3) ดูแลการให้บริการคุณภาพมาตรฐานในงาน ANC และ WCC
4) ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกคนในตำบล

ตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน หมายถึง ตำบลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินตำบลมหัศจรรย์ มหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน ของกรมอนามัย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานจังหวัดบึงกาฬ

ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานไตรมาส 4ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 66	-	ร้อยละ	60.24	51.24	47.94
ความครอบคลุม ของการคัดกรองร้อยละ 90		ร้อยละ	59.70	59.32	84.52
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ชาย 113 ซม. หญิง 112 ซม.	-	เซนติเมตร เซนติเมตร	107.23 106.34	108.04 107.35	107.02 106.73

อำเภอ	ผลการดำเนินงานสูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 แยกรายอำเภอ (HDC)								
	สูงดีสมส่วน			ส่วนสูงเฉลี่ยชาย			ส่วนสูงเฉลี่ยหญิง		
	2563	2564	2565	2563	2564	2565	2563	2564	2565
บึงกาฬ	46.12	61.2	44.98	107.67	109.41	106.89	105.1	109.25	106.09
พรเจริญ	48.23	57.16	50.48	106.78	108.54	108.8	107.21	107.53	107.18
โซ่พิสัย	46.35	62.19	48.36	106.01	109.59	107.34	105.09	108.13	107.42
เซกา	42.53	45.54	40.16	107.57	103.21	105.53	105.34	102.72	105.16
ปากคาด	46.14	49.01	49.58	106.6	106.39	105.98	107.44	107.37	106.79
บึงโขงหลง	40.9	47.15	35.61	107.78	105.64	106.01	108.31	104.42	107.25
ศรีวิไล	44.62	57.56	53.87	107.25	109.42	107.57	107.45	108.69	107.15
บุ่งคล้า	56.84	53.98	49.38	108.57	110.02	110	108.75	110.58	108
รวม	**45.45**	**55.55**	**45.71**	**107.23**	**108.04**	**106.98**	**106.34**	**107.35**	**106.59**

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
1. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน	60.0	62.0	64.0	66
2.ความครอบคลุม ของการคัดกรองร้อยละ 90	-	-	-	90
3. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี - เด็กชาย (เซนติเมตร) - เด็กหญิง (เซนติเมตร)	-	-	-	113.0 112.0

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

วิธีจัดเก็บข้อมูล

โรงพยาบาลส่งเสริสุขภาพตำบล และ PCU ของโรงพยาบาล นำข้อมูลน้ำหนัก ความยาว/ส่วนสูง ของเด็กที่เป็นปัจจุบัน จากหมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนระดับอนุบาล และสถานบริการสาธารณสุข (คลินิกสุขภาพเด็กดี) ซึ่งไม่รวมการมารับบริการในกรณีเจ็บป่วย บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HOSxP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม โดยบันทึกข้อมูลน้ำหนัก ความยาว/ส่วนสูง ด้วยทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก 20.1 กิโลกรัม ความยาว/ส่วนสูง 90.5 เซนติเมตร

แหล่งข้อมูล

1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี)
2) หมู่บ้าน
3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
4) โรงเรียนระดับอนุบาล

รายการข้อมูล 1

A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน

รายการข้อมูล 2

A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วันที่ได้รับการวัดส่วนสูง

รายการข้อมูล 3

A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูง

รายการข้อมูล 4

B1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด

รายการข้อมูล 5

B2 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด

รายการข้อมูล 6

B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด

รายการข้อมูล 7

B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด

สูตรการคำนวณ

1) ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง = (B2/ B1) × 100
2) ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน = (A1 / B2) × 100
3) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = (A2 / B3)
4) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = (A3 / B4)

ระยะเวลาการประเมินผล

HDC ปีละ 4 ครั้ง คือ ไตรมาสที่ 1, 2, 3, 4 การประเมินยึดข้อมูลไตรมาสล่าสุดของชุดประเมิน

เกณฑ์การประเมิน :

การประเมิน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
1.สูงดีสมส่วน	≤50	51-55	56-60	61-65	≥ 66
2.ความครอบคลุมของการคัดกรอง ร้อยละ 90	50-59	60-69	70-79	80-89	≥ 90
3. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี - เด็กชาย 113 (เซนติเมตร) - เด็กหญิง 112 (เซนติเมตร)	ชาย102 -104 หญิง101-102	ชาย 105-107 หญิง 103-105	ชาย 107-109 หญิง 106-108	ชาย 110-112 หญิง 109-111	ชาย ≥ 113 หญิง ≥ 112

วิธีการประเมินผล

1. ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลปีละ 4 ครั้ง

คือ ไตรมาสที่ 1, 2, 3, 4

2. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขกับค่าเป้าหมาย ของตัวชี้วัด

3. มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้อง เพื่อเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน พัฒนาการสมวัย ฟันไม่ผุผ่านกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน

4. มีรายงานผลการขับเคลื่อนงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2500 วัน เพื่อเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน พัฒนาการสมวัย ฟันไม่ผุ พร้อมข้อเสนอแนะระดับจังหวัดส่งให้กับเขตสุขภาพและศูนย์อนามัย

เอกสารสนับสนุน

1. หนังสือแนวทางการขับเคลื่อนงาน ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2500 วัน
2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์
3. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี
4. หนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย
5. แนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC)
6. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย
7. info graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง
8. Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง
9. VTR ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2500 วัน
10. ชุดความรู้กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน

11. สื่อโภชนาการ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-5 ปี ด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง

(Augmented Reality : AR)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางวราภรณ์ บุญประเสริฐ เบอร์ติดต่อ : 0929914595

E-mail : momoh_894@hotmail.com.

2. นางสาวเพ็ญนภา พลเยี่ยม เบอร์ติดต่อ : 083-9162254

E-mail : pen23993@gmail.com

3.นางไกรษร จุลโยธา เบอร์ติดต่อ : 0819544529

E-mail : kraisorn_julz@hotmail.co.th

ยุทธศาสตร์ที่ 1.การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 5. ร้อยละความครอบคลุมของเด็ก 9,18,30,42 และ 60 เดือน ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
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.		
		2563	2564	**2565**
ความครอบคลุมของเด็ก 9,18,30,42 และ 60 เดือน ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ	93.30	88.38	90.75

ผลงานการคัดกรองพัฒนาการ 0 -5 ปี ปี 2564 แยกรายอำเภอ (ข้อมูล 20 ต.ค. 2565)

อำเภอ	ผลการดำเนินงาน		
	เป้าหมาย	**ผลงาน**	**ร้อยละ**
บึงกาฬ	3,443	3,132	90.97
พรเจริญ	1,514	1,360	89.83
โซ่พิสัย	2,559	2,485	97.11
เซกา	3,338	3,052	91.43
ปากคาด	1,259	1,100	87.37
บึงโขงหลง	1,570	1,375	87.58
ศรีวิไล	1,501	1,338	89.14
บุ่งคล้า	543	431	79.37
รวม	15,727	14,273	90.75

เกณฑ์เป้าหมาย

ความครอบคลุม ร้อยละ 90

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

สูตรการคำนวณ

"A" /"B" "×100"

รายการข้อมูล 1

A = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือนในเขตรับผิดชอบ Type 1,3 ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการ

รายการข้อมูล 2

B = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42 และ60 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ Type 1,3

ระยะเวลาการประเมินผล

การประเมิน CUP ปีละ 2 รอบ

เกณฑ์การประเมินผล

รอบที่ 1,2

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 : 0929914595

E-mail : momoh_894@hotmail.com.

2. นางสาวเพ็ญนภา พลเยี่ยม เบอร์ติดต่อ : 083-9162254

E-mail : pen23993@gmail.com

3.นางไกรษร จุลโยธา เบอร์ติดต่อ : 0819544529

E-mail : kraisorn_julz@hotmail.co.th

ยุทธศาสตร์ที่ 1.การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 6. ร้อยละเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือนที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการค้นพบ
ค่าน้ำหนัก **2.5**
หน่วยการวัด
คำนิยาม

เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าในกลุ่ม 9,18,30,42 และ 60 เดือน หมายถึง เด็กในกลุ่มอายุ 9,18,30,42และ 60 เดือน ที่มีพัฒนาการไม่สมวัยในการตรวจพัฒนาการครั้งแรกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งได้รับการประเมินพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และมีพัฒนาการไม่สมวัย ด้านใดด้านหนึ่งขึ้นไป ใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	**2565**
เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า	ร้อยละ	27.61	29.1	25.11

ผลงานการค้นพบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า 0-5 ปี ปี 2564 แยกรายอำเภอ (ข้อมูล 11ต.ค.64)

อำเภอ	ผลการดำเนินงาน		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
บึงกาฬ	3,132	615	19.64
พรเจริญ	1,360	418	30.74
โซ่พิสัย	2,485	700	28.17
เซกา	3,052	865	28.34
ปากคาด	1,100	287	26.09
บึงโขงหลง	1,375	351	25.53
ศรีวิไล	1,338	275	20.55
บุ่งคล้า	561	73	16.94
รวม	15,147	3,584	25.11

เกณฑ์เป้าหมาย

ร้อยละ 20

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

สูตรการคำนวณ

"A" /"B" "×100"

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

ระยะเวลากาประเมินผล

การประเมิน CUP ปีละ 2 รอบ

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
<5	5-9	10-14	15-19	≥20

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 : 0929914595

E-mail : momoh_894@hotmail.com.

2. นางสาวเพ็ญนภา พลเยี่ยม เบอร์ติดต่อ : 083-9162254

E-mail : pen23993@gmail.com

3.นางไกรษร จุลโยธา เบอร์ติดต่อ : 0819544529

E-mail : kraisorn_julz@hotmail.co.th

ยุทธศาสตร์ที่ 1.การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 7. ร้อยละความครอบคลุมของเด็ก 9,18,30,42 และ 60 เดือน สงสัยพัฒนาการล่าช้าและล่าช้าได้รับการตรวจติดตาม

5.1.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นซ้ำภายใน 30 วัน (ข้อ 5.1 ตามเป้าหมาย HDC) ร้อยละ 90

5.2.ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I (ข้อ 6.1 ตามเป้าหมาย HDC) ร้อยละ 80

5.3 ร้อยละเด็ก 0-5 ปี พัฒนาการล่าช้ากระตุ้นด้วยTEDA4I กลับมาปกติ (ข้อ 6.1 HDC) ร้อยละ 35

ค่าน้ำหนัก 2.5
หน่วยการวัด
คำนิยาม

เด็กอายุ 0-5 ปี หมายถึง เด็กอายุ 9 , 18 , 30 , 42 และ 60 เดือนที่ได้รับการประเมินพัฒนาการ โดยใช้คู่มือ
เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) หรือคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง ใน 30 วัน (DAIM)
เด็ก 0-5 ปี สงสัยพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กอายุ 9 , 18 , 30 , 42 และ 60 เดือนที่ได้รับการตรวจพัฒนาการตามเกณฑ์แล้วพบว่าไม่ผ่านด้านใดด้านหนึ่งขึ้นไปใน 5 ด้าน

เด็ก 0-5 ปี พัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็ก 0-5 ปี ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า กระตุ้นด้วย DSPM ภายใน 30 วันแล้วยังมีพัฒนาการไม่สมวัยรวมทั้งเด็ก0-5 ปี กลุ่มป่วยทางจิตเวชที่มีพัฒนาการล่าช้า(ข้อ 6.1 HDC)

คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) หมายถึง แบบประเมินพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี ใช้คัดกรองเด็กทั่วไปที่ไม่มีอาการผิดปกติ และดำเนินการประเมินอย่างเป็นระบบจากพฤติกรรมพัฒนาการตามอายุของเด็กใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม

เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กอายุ0-5ปี ที่ได้รับการประเมินด้วยDSPM หรือ DAIM ตามเกณฑ์อายุ แล้วพบว่า เด็กไม่สามารถทำได้ด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน

รหัสโรค/หัตถการ/ยาที่เกี่ยวข้อง

1. การบันทึกการคัดกรอง DSPM/DAIM ของเด็ก ในแฟ้ม Special PP ใช้รหัสดังต่อไปนี้ ที่ช่องงานให้บริการ

1.1 เด็กสงสัยล่าช้า = 1B261 สงสัยล่าช้าต้องได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นภายใน 1 เดือน

1.2 เด็กสงสัยล่าช้าส่งต่อทันที = 1B262 สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที

2. การบันทึกผลการคัดกรองซ้ำ (หลังการคัดกรอง 30 วัน) สำหรับเด็กทีรับการคัดกรอง DSPM /DAIM ตามข้อ 1 และมีผลการคัดกรองเป็น 1B261 สงสัยล่าช้าต้องได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นภายใน 1 เดือน และ 1B262 สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที ต้องดำเนินการประเมินด้วย DSPM/DAIM และบันทึกแฟ้ม Special PP ใหม่ โดยใช้รหัสดังต่อไปนี้

2.1 ปกติ = 1B260

2.2 ผิดปกติให้บันทึกเป็นรายด้าน

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

3.การบันทึกผลการแก้ไขพัฒนาการ ด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการสำหรับเด็กทีรับการคัดกรอง DSPM /DAIM ตามข้อ 1 และมีผลการคัดกรองเป็น 1B262 สงสัยล่าช้าส่งต่อทันทีและเด็กสงสัยล่าช้า ตามข้อ 2 ที่ได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นครบ 1 เดือน แล้วแต่ยังพบความผิดปกติของพัฒนาการซึ่งระบุด้านที่ล่าช้าเป็นรายด้าน ตามข้อ 2.2 ซึ่งต้องดำเนินการประเมินด้วยคู่มือ TEDA4I และบันทึกแฟ้ม 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.		
		2563	2564	2565
1.การติดตามเด็กสงสัยล่าช้า ใน 30 วัน (ข้อ 5.1 HDC)	ร้อยละ	92.07	88.8	87.88
2.เด็กล่าช้า 5 กลุ่มอายุ ได้รับ การกระตุ้นด้วย TEDA4I (ข้อ 6.1 HDC)	ร้อยละ	84.44	81.25	88.89
3.เด็กล่าช้า 5 กลุ่มอายุ กระตุ้น TEDA4I กลับมาปกติ (ข้อ 6.1 HDC)	ร้อยละ	27.27	50	51.72

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

การติดตามTEDA4I ข้อ 6.1 (HDC) ปี 2564 แยกรายอำเภอ และเด็กกระตุ้นด้วยTEDA4I กลับมาปกติ ข้อ 6.1 (HDC) (20.ต.ค. 65)

อำเภอ	1.การติดตามเด็กล่าช้าใน 30 วัน (หน่วยปฐมภูมิ) ข้อ 5.1 (HDC)			2.เด็กล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ข้อ 6.1 (HDC)) (ใน รพ.)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
บึงกาฬ	615	542	88.71	4	1	25
พรเจริญ	418	379	93.35	9	9	100
โซ่พิสัย	700	600	86.21	17	17	100
เซกา	865	748	87.08	7	7	100
ปากคาด	287	270	96.43	3	2	66.67
บึงโขงหลง	351	258	74.14	3	3	100
ศรีวิไล	275	250	93.63	10	8	80
บุ่งคล้า	73	63	87.5	1	1	100
รวม	3,584	3,110	87.88	54	48	88.89

อำเภอ	3.ร้อยละเด็ก 5 กลุ่มอายุที่พัฒนาการล่าช้ากระตุ้นด้วยทิดากลับมาปกติ (ข้อ 6.1 HDC) (ใน รพ.)		
	เป้าหมายกระตุ้นครบ	ผลงาน	ร้อยละ
บึงกาฬ	0	0	0
พรเจริญ	5	0	0
โซ่พิสัย	17	15	88.24
เซกา	2	0	0
ปากคาด	1	0	0
บึงโขงหลง	1	0	0
ศรีวิไล	3	0	0
บุ่งคล้า	0	0	0
รวม	29	15	51.72

เกณฑ์เป้าหมาย

1.การติดตามเด็กล่าช้าใน 30 วันเกณฑ์ร้อยละ 90 (หน่วยปฐมภูมิ) ข้อ 5.1 (HDC)

2.เด็กล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 80 ข้อ 6.1 (HDC)) (ใน รพ.)

3.ร้อยละเด็ก 5 กลุ่มอายุที่พัฒนาการล่าช้ากระตุ้นด้วยทิดากลับมาปกติ เกณฑ์ร้อยละ 35 (ข้อ 6.1 HDC) (ใน รพ.)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1.เด็กไทยทุกคนทุกสิทธิ์ ที่อยู่จริงในพื้นที่ (Type 1 และ 3) ตามกลุ่มอายุดังนี้

อายุ 9 เดือน ถึง 9 เดือน 29 วัน

อายุ18 เดือน ถึง 18 เดือน 29 วัน

อายุ 30 เดือน ถึง 30 เดือน 29 วัน
อายุ 42 เดือน ถึง 42 เดือน 29 วัน
อายุ 60 เดือน ถึง 60 เดือน 29 วัน

2.เด็ก 0-5 ปีทุกคนที่อยู่จริงในพื้นที่ที่มีพัฒนาการล่าช้า

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

สถานบริการสุขภาพทุกระดับ นำข้อมูลการตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม แหล่งข้อมูล ส่งข้อมูล 43 แฟ้ม เข้า HDC

สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 1

"A" /"B" "×100"

รายการข้อมูล 1

A = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์และมีพัฒนาการปกติ

รายการข้อมูล 2

B = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 2

"C" /"D" "×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 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 3

"E" /"F" "×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 4

"G" /"H" "×100"

รายการข้อมูล 7

G = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าส่งต่อทันทีและที่รับการกระตุ้นครบ 1 เดือน แล้วประเมินซ้ำยังพบพัฒนาการล่าช้า ที่ได้รับการแก้ไขพัฒนาการด้วยคู่มือTEDA4I

รายการข้อมูล 8

H = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าส่งต่อทันทีและที่รับการกระตุ้นครบ 1 เดือน แล้วประเมินซ้ำยังพบพัฒนาการล่าช้า ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อแก้ไขพัฒนาการด้วยคู่มือ TEDA4I ทั้งหมด

ระยะเวลาการประเมินผล

ตามรอบประเมินปีละ 2 ครั้ง

เกณฑ์การประเมิน

รอบที่ 1	รอบที่ 2
- ดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ทุกเดือน - จัดระบบการเยี่ยมติดตามกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า ภายใน 30 วัน - จัดระบบส่งต่อเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าเพื่อแก้ไขพัฒนาการ ด้วยคู่มือ TEDA4I - รวบรวมข้อมูลสถานการณ์และแนวทางแก้ไข - ประชุมคณะทำงานส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัย และมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ 1.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 90 2.ร้อยละของเด็ก 0-5ปี ที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ตามเป้าหมาย HDC ข้อ 6.1 ร้อยละ80 และได้รับการแยกโรคร้อยละ 50 3.ร้อยละเด็ก 5 กลุ่มอายุ ที่พัฒนาการล่าช้า กระตุ้นด้วยทิดากลับมาปกติ ร้อยละ 35 (ข้อ 6.1 HDC)	มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ 1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 90 2. ร้อยละของเด็ก 0-5ปี ที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ตามเป้าหมาย HDC ข้อ 6.1 ร้อยละ80 และได้รับการแยกโรคร้อยละ 50 3. ร้อยละเด็ก 5 กลุ่มอายุ ที่พัฒนาการล่าช้า กระตุ้นด้วย TEDA4I กลับมาปกติ ร้อยละ 35 (ข้อ 6.1 HDC)

การให้คะแนน

คะแนนรอบที่ 1,2	**ระดับ 1**	**ระดับ 2**	**ระดับ 3**	**ระดับ 4**	**ระดับ 5**
ติดตาม 30 วัน	<60	60-69	70-79	80-89	≥90
ติดตามTEDA4I	<50	50-59	60-69	70-79	≥80
เด็กล่าช้ากลับมาปกติ	<20	20-24	25-29	30-34	≥35
เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการแยกโรค ร้อยละ 50	10	20	30	40	50

วิธีการประเมินผล

เก็บข้อมูลการดำเนินงานกลุ่มเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าและล่าช้าเปรียบเทียบข้อมูลในระบบ HDC กับค่าเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน

1. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)
2. คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางวราภรณ์ บุญประเสริฐ เบอร์ติดต่อ : 0929914595
E-mail : momoh_894@hotmail.com.
2. นางสาวเพ็ญนภา พลเยี่ยม เบอร์ติดต่อ : 083-9162254
E-mail : pen23993@gmail.com
3.นางไกรษร จุลโยธา เบอร์ติดต่อ : 0819544529
E-mail : kraisorn_julz@hotmail.co.th

ยุทธศาสตร์ที่ 1.การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 8. ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ของ คปสอ.
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ขั้นตอน
คำนิยาม

คปสอ. หมายถึง คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ได้แก่ อำเภอเมืองบึงกาฬ เซกา โซ่พิสัย ปากคาด ศรีวิไล พรเจริญ บึงโขงหลง บุ่งคล้า

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หมายถึงสถานดูแลเลี้ยงดูเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาลและโรงเรียนเอกชน ในจังหวัดบึงกาฬ

Well Child Clinic (WCC) มีคุณภาพ เป็นบริการที่จัดให้แก่เด็ก 0-5 ปี ตามข้อกำหนดของกรมอนามัย จัดทำขึ้นโดยข้อเสนอแนะของคณะทำงานวิชาการอนามัยแม่และเด็กใน 12 กิจกรรมหลักที่จะส่งเสริมพัฒนาให้เด็กมีการเจริญเติบโตพัฒนาการสมวัย คือ

3.1 มีการซักประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด

3.2 มีการประเมินการเจริญเติบโต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบศีรษะ

3.3 ประเมินความเสี่ยงของมารดาในโรคพันธุกรรม TSH, Thalassemia, Down’s Syndrome, โรคหัวใจ,การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

3.4 ประเมินความพร้อมของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3.5 การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยใช้เครื่องมือ DSPM/DAIMส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยผู้ปกครอง และครู (ตรวจประเมินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน 5 กลุ่มอายุ 9, 18,30,42 และ 60 เดือน)

3.6 ผู้ปกครองเด็กที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการสอนกระตุ้นด้วยเครื่องมือ DSPM/DAIM และ มีการติดตามภายใน 30 วัน หากยังมีพัฒนาการล่าช้า ส่งกระตุ้นที่ รพช.ด้วยเครื่องมือ TEDA4I ภายใน 1 เดือนและดูแลต่อเนื่องจนครบ 3 เดือน นับตั้งแต่วันตรวจพบล่าช้าและการส่งต่อ รพท. เพื่อการวินิจฉัยรักษ โดย กุมารแพทย์/จิตแพทย์

3.7 มีการตรวจร่างกายตามช่วงอายุ ตรวจฟัน 9,18 เดือน ใน WCC 30,42,60 เดือน ในสถานพัฒนาเด็ก

3.8 มีการตรวจพิเศษช่วงอายุ 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 ปี อย่างเพียงพอ ตามชุดสิทธิประโยชน์เด็กตามเป้าหมายกระทรวง มีมุมตรวจพัฒนาการแยกเป็นสัดส่วน มีลานเล่นตามรอย พระยุคลบาท ส่งเสริมความรู้มหัศจรรย์ 1000 วัน กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน รู้ทันไอที

3.11 แม่ฝากครรภ์ไตรมาสที่ 3 ได้รับคำแนะนำความสำคัญการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM/DAIM/ความสำคัญสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหลังคลอด

3.12 หลังคลอดภายใน 2 เดือนผู้ดูแลเด็กได้รับคำแนะนำความสำคัญการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือDSPM/DAIM/ความสำคัญสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหลังคลอด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	**2565**
ความสำเร็จการดำเนินงานเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ของ คปสอ.	ขั้นตอน	4.83	4.65	4.3

ผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จการดำเนินงานเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ของ คปสอ. ปี 2564 แยกรายอำเภอ

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน
บึงกาฬ	5	4.2
พรเจริญ	5	4.5
โซ่พิสัย	5	4.2
เซกา	5	4.2
ปากคาด	5	4.4
บึงโขงหลง	5	4.2
ศรีวิไล	5	4.4
บุ่งคล้า	5	4.3
เฉลี่ย	**5**	**4**

เกณฑ์เป้าหมาย

ผ่าน 5 ขั้นตอน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

คปสอ. 8 อำเภอ

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

สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 1

"A" /"B" "×100"

รายการข้อมูล 1

A = โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการ WCC มีคุณภาพ

รายการข้อมูล 2

B = จำนวนโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดอำเภอ

สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 2

"C" /"D" "×100"

รายการข้อมูล 3

C = จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ผ่านเกณฑ์

รายการข้อมูล 4

D = จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งหมดในอำเภอ

ระยะเวลาการประเมินผล

จากการประเมิน CUP ปีละ 2 รอบ

เกณฑ์การประเมิน

กำหนดเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (milestone) แบ่งเป็นเกณฑ์การให้คะแนน เป็น 5 ระดับ

ขั้นตอนที่	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2564
1	1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ คปสอ. ระดับอำเภอและ MCH BOARD อำเภอ เป็นปัจจุบัน (0.2 คะแนน) 2. มีการประชุมคณะกรรมการตามข้อ 1 อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี เพื่อแก้ปัญหาการพัฒนาเด็ก การดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน เล่นเปลี่ยนโลก ผู้อำนวยการการเล่น นมแม่ โภชนาการดี พัฒนาการดี ฟันดี ไอคิวดี ใน WCC/ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/ชุมชน (0.3 คะแนน)
2	**ผ่านการดำเนินงานขั้นตอนที่ 1** 1. มีการทบทวนแนวทางและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงาน WCC คุณภาพ ,สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (ศพด./โรงเรียนอนุบาล/โรงเรียนเอกชน),ชุมชน (0.25 คะแนน) 2. มีแผนงาน/โครงการพัฒนาเด็กปฐมวัย การพัฒนาเด็ก การดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน เล่นเปลี่ยนโลก ผู้อำนวยการการเล่น นมแม่ โภชนาการดี พัฒนาการดี ฟันดี ไอคิวดี ใน WCC/ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/ชุมชน (0.5 คะแนน) 3. กำหนดแผนนิเทศติดตามกำกับงาน WCC คุณภาพ/สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับอำเภอ (0.25 คะแนน)
3	**ผ่านการดำเนินงานขั้นตอนที่ 2** 1. มีสถานที่ให้บริการแยกเป็นสัดส่วน แยกจากคลินิกให้วัคซีน ไม่มีสิ่งรบกวน (0.2 คะแนน) 2. มีการสนับสนุน/แนะนำการมีและใช้หนังสือ 100 เรื่อง นิทานดี เช่น ติ๊กตอก ตั้งไข่ล้ม กุ๊กไก่ปวดท้อง ฉึกฉัก นิทานในสวน หรือหนังสือนิทานอื่นๆเป็นตัวอย่างแก่ผู้ปกครองเพื่อใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างน้อยครอบครัวละ 3 เรื่อง เป็นประจำทุกสัปดาห์ (0.2 คะแนน) 3. มีของเล่นส่งเสริมพัฒนาการตามวัยครบทั้ง 5 ด้าน และแนะนำการเล่นเปลี่ยนโลก จัดให้มีผู้อำนวยการการเล่น (0.2 คะแนน) 3.1 ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม 3.2 ด้านการใช้ภาษา 3.3 ด้านการเข้าใจภาษา

	3.4 ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา 3.5 ด้านการเคลื่อนไหว 4. มีกิจกรรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ลูก ให้ความรู้ตามกลุ่มวัย ช่วงอายุที่ 1 = 2,4,6 เดือน ช่วงอายุที่ 2 = 9 เดือน ช่วงอายุที 3 = 18 เดือน ช่วงอายุที่ 4= 42 เดือน ช่วงอายุที่ 6=60 เดือน (กิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอนเฝ้าดูฟัน รู้ทันไอที) การให้ความรู้ดังนี้ 4.1 ด้านโภชนาการ (อาหาร 5 หมู่ ไอโอดีน ธาตุเหล็ก นมแม่ อื่นๆ)/ด้านพัฒนาการ (ครอบคลุมพัฒนาการ 5 ด้าน ผู้ปกครองเข้าใจ DSPM การเล่นตามรอยพระยุคลบาท เล่นเปลี่ยนโลกมหัศจรรย์ 1000 วัน) (0.3 คะแนน) 4.2 ด้านทันตกรรม ผู้ปกครองมีความรู้ด้านทันตสุขศึกษา แปรงฟันเด็กได้ถูกวิธี(0.2 คะแนน) 4.3 ด้านอื่นๆ การนอน การป้องกันโรคไข้เลือดออก อุจจาระร่วง ปอดบวม การเช็ดตัวลดไข้ การล้างมือ อุบัติเหตุ (0.2 คะแนน) 4.4 แม่ฝากครรภ์ไตรมาสที่ 3 ได้รับคำแนะนำความสำคัญการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM/DAIM/ความสำคัญสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหลังคลอด (0.2 คะแนน) 4.5 หลังคลอดภายใน 2 เดือนผู้ดูแลเด็กได้รับคำแนะนำความสำคัญการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือDSPM/DAIM/ความสำคัญสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหลังคลอด (0.2 คะแนน)
4	1.มีการประเมินตนเองทุกหน่วยบริการตามการจัดระบบบริการ WCC คุณภาพ ครอบคลุม ข้อ 1-12 ทุกหน่วยบริการ(0.2 คะแนน) 2. มีการออกนิเทศติดตามและสรุปผลการดำเนินงานให้บริการ WCC คุณภาพโรงพยาบาล และ รพ.สต.ในการให้บริการ WCC คุณภาพ โดยทีมMCH BOARD ระดับอำเภอไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (0.4 คะแนน) 3..**<u>มีข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้า เด็กทุพโภชนาการ และข้อมูลเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการและโภชนาการล่าช้า</u>** (เช่นเด็กยากจน เด็กอยู่กับผู้สูงอายุ แม่วัยรุ่น ผู้เลี้ยงดูมีความเสี่ยงอื่นๆเช่นติดยา มีปัญหาสุขภาพจิต โรคทางจิตเวช <u>) และมีกรุ๊ป line ผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี กลุ่มเสี่ยง</u>ในหมู่บ้าน 5G PLUS เพื่อใช้ติดตามและสื่อสารความรู้ในการดูแลเด็กทุกหน่วยบริการ มีการติดตามแก้ปัญหาต่อเนื่อง (0.2 คะแนน) 4. มีการเข้าถึงแบบสอบถามความรู้ในการดูแลเด็กสะสมตั้งแต่ปี 2563 ที่จังหวัดจัดทำขึ้นของผู้ปกครอง ครู เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ อปท.ที่เกี่ยวข้อง และ อสม.ภาพรวม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนเด็ก 0-5 ปีทั้งหมดที่มาตรวจพัฒนาการ(สะสม) (0.2 คะแนน)
5	1..มีคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับอำเภอประกอบด้วยอย่างน้อย 3 กระทรวงหลักคือมหาดไทย (อปท.) พมจ.อำเภอ(ถ้ามี) กระทรวงศึกษาและกระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายระดับอำเภอตามความเหมาะสมขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยคณะอนุกรรมกรรมการเด็กปฐมวัยระดับอำเภอ มีนายอำเภอเป็นประธาน (0.2 คะแนน) 2.มีการเยี่ยมเสริมพลังเพื่อติดตามการดำเนินงานและพัฒนางานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐาน โดยคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัยระดับอำเภอหรือตำบลอย่างน้อยร้อยละ 50 ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งหมด (0.2 คะแนน) 3 มีการจัดกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Triple- P)ประยุกต์ ใน สพด.และมีผลงาน สพด. 4 D ระดับ C ขึ้นไป ร้อยละ 75 (0.2 คะแนน)

	4..มีการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน และส่งเสริมให้มี Best practice งานพัฒนาการและโภชนาการอย่างน้อย 1 เรื่อง (0.2 คะแนน) 5..มีต้นแบบ สพด.เล่นเปลี่ยนโลกอย่างน้อย 1 แห่ง (0.2 คะแนน)

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

วิธีการประเมินผล

1.สรุปผลการดำเนินงาน ตามรอบประเมิน CUP ปีละ 2 ครั้ง

2.สรุปรายงานจาก HDC

เอกสารสนับสนุน

1. หนังสือแนวทางการขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน
2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์
3. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี
4. หนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย
5. แนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC)
6. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย
7. info graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง
8. Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง
9. VTR ตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน
10. ชุดความรู้กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน
11. สื่อโภชนาการ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-5 ปี ด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง(Augmented Reality : AR)
12.คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมโภชนาการเด็ก DSPM

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางวราภรณ์ บุญประเสริฐ เบอร์ติดต่อ : 0929914595
E-mail : momoh_894@hotmail.com.
2. นางสาวเพ็ญนภา พลเยี่ยม เบอร์ติดต่อ : 083-9162254
E-mail : pen23993@gmail.com
3.นางไกรษร จุลโยธา เบอร์ติดต่อ : 0819544529
E-mail : kraisorn_julz@hotmail.co.th

ยุทธศาสตร์ที่ 1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 9. ความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

วัยทำงาน หมายถึง ประชาชนอายุ 18 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุมและการส่งเสริมให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น ในการที่จะบรรลุสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

คลินิกไร้พุงคุณภาพ (DPAC Quality) หมายถึง คลินิกไร้พุงที่มีการดำเนินการให้บริการในสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการและการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย รวมถึงการสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืน ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกไร้พุง โดยมีเนื้อหาการประเมิน ประกอบด้วย

1 การนำองค์กร
2 การวางแผนและบริหารเชิงกลยุทธ์
3 การมุ่งเน้นผู้รับบริการ/ประชาชน
4 การวัด วิเคราะห์และการจัดการความรู้
5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล
6 การจัดการขบวนการ
7 ผลลัพธ์การดำเนินงาน

องค์กรไร้พุง คือ องค์กรภาครัฐ หรือเอกชน ที่มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1 มีคณะกรรมการรับผิดชอบการจัดการองค์กรไร้พุง หุ่นดี สุขภาพดี
2 มีนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ จัดการควบคุมน้ำหนัก
3 มีแผนงานสร้างเสริมสุขภาพ
4 มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ภายในองค์กร
5 มีการจัดกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง
6 มีการบันทึกข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมองค์กรไร้พุง หุ่นดี สุขภาพดี

ชุมชน/หมู่บ้านไร้พุง หมายถึง ชุมชน/หมู่บ้านไร้พุงมีกระบวนการดำเนินงาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงานในชุมชน/หมู่บ้าน ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพตลอดจนมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ โดยดำเนินงานตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1 มีคณะกรรมการรับผิดชอบการจัดการในภาพรวมของหมู่บ้าน
2 มีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในหมู่บ้าน
3 มีแผนงานโครงการหรือการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการตลอดจนมีการติดตามและประเมินผลและมีการดำเนินงานตามแผนจนเกิดผลลัพธ์ตามนโยบาย

4 มีกระบวนการหรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สร้างทักษะลดพุง การควบคุมน้ำหนักให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยนำภารกิจ 3อ 2ส มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

5 มีการจัดการหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน/หมู่บ้าน

6 มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ในชุมชน/หมู่บ้าน

7 มีการประเมินก่อน - หลังการดำเนินการชุมชน/หมู่บ้านไร้พุง

ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5 - 22.9 กก./ตรม.

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง วัยทำงานอายุ 25 – 59 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ประกอบด้วยพฤติกรรม ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย
3. พฤติกรรมการนอนหลับ
4. ทันตสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง Digital Health literacy ซึ่งเป็นการบริหารจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล โดยบุคคลรอบรู้ หมายถึง บุคคลต้องมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1 เข้าถึง ด้วยการ Register เข้าสู่ Health book online เพื่อเข้าถึงองค์ความรู้ที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดการความรู้ไว้เป็นอย่างดีแล้ว

2 เข้าใจ ด้วยการ Screening & Assessment จากเครื่องมือคัดกรองและรายงานผลในระบบออนไลน์ เช่น BMI, CVD risk score, BSE, H4U, แบบประเมินความเครียด ฯลฯ

3 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เครื่องมือ Adjust Behavior บนออนไลน์ เช่น การออกกำลังกายด้วยก้าวท้าใจ การควบคุมแคลลอรี่ด้วยโปรแกรมประเมินอาหาร การลดความเครียดโดยเครื่องมือของกรมสุขภาพจิต

1 คนรอบรู้ = Register + Screening & Assessment + Adjust Behavior

คน หมายถึง ผู้ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบ Application ก้าวท้าใจ โดยเชื่อม platform health book ไว้แล้ว ภายใน platform health book ยังประกอบด้วย Application 10 Packages (โปรแกรมตรวจสุขภาพ), Application BSE, Application H4U, สาวไทยแก้มแดง, ไอโอดีน, Food4Health ฯลฯ

บัญชี หมายถึง ข้อมูลการลงทะเบียนผ่านระบบ Application

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละความครอบคลุมการประเมินดัชนีมวลกายในกลุ่มประชากร	ร้อยละ	64.14	63.10	58.93
ร้อยละของวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ	56.14	54.89	53.14
ร้อยละความสำเร็จของการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ	100	100	93.64

ร้อยละของวัยทำงาน อายุ 25 - 59 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ	26.37	41.15	48.65
จำนวนคนลงทะเบียนกิจกรรมก้าวท้าใจ	จำนวนผู้ลงทะเบียน	3,014	28,993	36,715

เกณฑ์เป้าหมาย

1 ร้อยละความครอบคลุมการประเมิน ดัชนีมวลกายในกลุ่มประชากร ร้อยละ 60

2 ร้อยละของวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 55

3 ร้อยละความสำเร็จของการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 100

4 ร้อยละของวัยทำงาน อายุ 25 - 59 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 50

5 จำนวนคนลงทะเบียนกิจกรรมก้าวท้าใจ จำนวน 44,636 คน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนวัยทำงานอายุ 18 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม

2. สุ่มประเมินตามระเบียบวิธีวิจัยโดยพื้นที่/สำรวจ ส่งรายงานผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัย

3. การลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูล Application ก้าวท้าใจ

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

แหล่งข้อมูล : 1. โปรแกรม HDC

2. ระบบให้บริการสมุดสุขภาพประชาชน Health For You Plus (H4U+)

3. การรายงานผลการลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูล Application ก้าวท้าใจ

สูตรคำนวณ :

1. ร้อยละความครอบคลุมการประเมินดัชนีมวลกายในกลุ่มประชากร = (A/B) x 100
2. ร้อยละของวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ = (C/A) x 100
3. ร้อยละความสำเร็จของการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ = (D/E) x 100
4. ร้อยละของวัยทำงานอายุ 25 - 59 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ = (F/G) x 100
5. จำนวนคนลงทะเบียนกิจกรรมก้าวท้าใจ = H

รายงานข้อมูล A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด

รายงานข้อมูล B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ทั้งหมดระยะเวลาการประเมินผล

รายงานข้อมูล C = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ

รายงานข้อมูล D = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 15 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

รายงานข้อมูล E = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 15 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานีกำหนดให้ (จำนวนการประเมิน อำเภอละ 360 ตัวอย่าง โดยประเมินวัยทำงานตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย ช่วงละ 120 ตัวอย่าง)

รายงานข้อมูล F = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 25 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

รายงานข้อมูล G = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 25 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

รายงานข้อมูล H = จำนวนผู้ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบ Application ก้าวท้าใจ

ระยะเวลาการประเมินผล

รอบที่ 1 6 เดือนแรก (ตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566)

รอบที่ 2 6 เดือนหลัง (เมษายน 2566 – กันยายน 2566)

เกณฑ์การประเมินผล : ประเมินระดับจังหวัด

ร้อยละของวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	≥55

เกณฑ์การประเมินผล : ประเมินระดับอำเภอ

รอบที่ 1 6 เดือนแรก (ตุลาคม 2564 – มีนาคม 2565) **5 คะแนน**

1. ร้อยละความครอบคลุมการประเมินดัชนีมวลกายในกลุ่มประชากร (1 คะแนน)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
<25	25 - 29	30 - 34	35 - 39	≥40

* หมายเหตุ : กรณีร้อยละความครอบคลุมการประเมินดัชนีมวลกายในกลุ่มประชากร น้อยกว่าร้อยละ 25 จะไม่นับคะแนนข้อ 2

2. ร้อยละของวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (2 คะแนน)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
<35	35 - 39	40 - 44	45 - 49	≥50

3. จำนวนคนลงทะเบียนกิจกรรมก้าวท้าใจ (2 คะแนน)

อำเภอ	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
บึงกาฬ	6,189	6,705	7,220	7,736	8,252
เซกา	5,770	6,251	6,732	7,213	7,694
โซ่พิสัย	4,640	5,026	5,413	5,800	6,186
ศรีวิไล	2,437	2,641	2,844	3,047	3,250
พรเจริญ	2,458	2,662	2,867	3,072	3,277
บึงโขงหลง	2,430	2,632	2,835	3,037	3,240
ปากคาด	2,057	2,229	2,400	2,571	2,743
บุ่งคล้า	904	979	1,054	1,130	1,205

รอบที่ 2 6 เดือนหลัง (เมษายน 2565 – กันยายน 2565) **5 คะแนน**

1. ร้อยละความครอบคลุมการประเมินดัชนีมวลกายในกลุ่มประชากร (0.5 คะแนน)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
<45	45 - 49	50 - 54	55 - 59	≥60

* หมายเหตุ : กรณีร้อยละความครอบคลุมการประเมินดัชนีมวลกายในกลุ่มประชากร น้อยกว่าร้อยละ 45 จะไม่นับคะแนนข้อ 2

2. ร้อยละของวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (1.25 คะแนน)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	≥55

3. ร้อยละความสำเร็จของการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (0.5 คะแนน)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
<80	80 - 84	85 - 89	90 - 94	≥95

* หมายเหตุ : กรณีร้อยละความสำเร็จของการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ น้อยกว่าร้อยละ 80 จะไม่นับคะแนนข้อ 4

4. ร้อยละของวัยทำงานอายุ 25 - 59 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (1.25 คะแนน)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
<35	35 - 39	40 - 44	45 - 49	≥50

5. จำนวนคนลงทะเบียนกิจกรรมก้าวท้าใจ (1.5 คะแนน)

อำเภอ	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
บึงกาฬ	8,252	8,768	9,283	9,799	10,315
เซกา	7,694	8,174	8,655	9,136	9,617
โซ่พิสัย	6,186	6,573	6,960	7,346	7,733
ศรีวิไล	3,250	3,453	3,656	3,859	4,062
พรเจริญ	3,277	3,482	3,686	3,891	4,096
บึงโขงหลง	3,240	3,442	3,645	3,847	4,050
ปากคาด	2,743	2,914	3,086	3,257	3,429
บุ่งคล้า	1,205	1,280	1,356	1,431	1,506

(คำนวณจาก : จำนวนคน x 7,000,000 หารจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศ)

*อ้างอิงจากข้อมูล ประชากรกลางปี ปีงบประมาณ 2565

วิธีการประเมินผล การประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขแต่ละอำเภอ ปีละ 2 ครั้ง

เอกสารสนับสนุน

1 คู่มือแนวทางการใช้งาน Application 10 Packages

2 คู่มือแนวทางการใช้งาน Application H4U

3 คู่มือแนวทางการใช้งาน Application ก้าวท้าใจ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ชื่อ-สกุล นางสาวทัศนีย์ โพธิจันทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 492 046 ต่อ 110 โทรสาร : 042 492 011 โทรศัพท์มือถือ : 065 553 5441
E-mail : potijan2018@hotmail.com สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

2. ชื่อ-สกุล นางไกรษร จุลโยธา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 492 046 ต่อ 110 โทรสาร : 042 492 011 โทรศัพท์มือถือ : 081 954 4529
E-mail : kraisorn_julz@hotmail.co.th สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 10.ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ระดับความสำเร็จ
คำนิยาม 1. ความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ คือ การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้บรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัดตามรายละเอียดแนบท้าย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง ดำรงชีวิตประจำวันได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นพลังทางสังคมได้ต่อไป

2. ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยสามารถจำแนกกลุ่มตามค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ได้ 3 กลุ่ม คือ

2.1 กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้

2.2 กลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

2.3 กลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

รายละเอียด	**คะแนน**	**ระดับคะแนน**				
		0.2	**0.4**	**0.6**	**0.8**	**1**
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	1	≤79	80-84	85-89	90-94	≥95
ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	1	≤42	44	46	48	≥50
ร้อยละความครอบคลุมการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี	1	≤72	74	76	78	≥80
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	1	≤96	97	98	99	100
ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	1	≤74	75-79	80-84	85-89	≥90
รวม	**5**	**ให้คะแนนตามรายละเอียดแนบท้าย**				

ข้อมูลรายละเอียด

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

คำนิยาม

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีค่า คะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติด บ้าน มี ADL 5 - 11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL 0 - 4 คะแนน

3. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติด บ้าน มี ADL 5 - 11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL 0 - 4 คะแนน

4. ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน ฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่าย และชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มี สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

5. ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายถึง ประชาชนทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน และอยู่อาศัยในพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้า ร่วมกองทุน LTC ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จาก Care Manager /Caregiver /บุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ ตามชุดสิทธิประโยชน์

6. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัว และผู้ที่ เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากทีมผู้ให้การดูแลที่เกี่ยวข้อง

7. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย

7.1 การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพด้วยแบบประเมิน ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทุกรายรอบ 9 เดือนและ 12 เดือน

7.2 การประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน (ตามแนวทางที่ คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวง สาธารณสุข กำหนดขึ้น)

7.3 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย เพื่อเชื่อมกับการจัดทำ Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2562	2563	2564	2565
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ	78.54	89.89	92.74	92.70

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 95	ร้อยละ 96	ร้อยละ 97	ร้อยละ 98	ร้อยละ 99

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา
2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา

วิธีจัดเก็บข้อมูล

- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ และบันทึกข้อมูลการคัดกรองลงข้อมูลในระบบ
- การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)
- พื้นที่จัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย
- เสนอ Care Plan ผ่านคณะอนุกรรมการกองทุน Long Term Care ระดับตำบล
- Care Manager ระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลระบบผลการอนุมัติรายงาน Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมอนามัย
- การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย
- ระดับกรมอนามัยเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลระบบโปรแกรม DOH Dashboard กรมอนามัย เพื่อการตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังและเป็นฐานข้อมูลกลางด้านผู้สูงอายุของประเทศต่อไป

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

- Blue Book Application
- ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย
- ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข
- ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข
- DOH Dashboard กรมอนามัย

**** หมายเหตุ :** ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกัน คือ ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย

สูตรการคำนวณ = (A/B) x 100

A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan

B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC

**** หมายเหตุ :** นับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน

ระยะเวลาการประเมินผล

รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2565 – เดือนมีนาคม 2566)

รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2566)

เกณฑ์การประเมินผล

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

<u>ระดับจังหวัด</u>

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤79	80-84	85-89	90-94	≥95

<u>ระดับอำเภอ</u>

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤79	80-84	85-89	90-94	≥95

วิธีการประเมินผล

1. พื้นที่ประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

2. พื้นที่จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)

3. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care ได้รับการเสนออนุกรรมการ Long Term Care เพื่ออนุมัติ Care Plan ในการได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล

4. ศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมินและรายงานตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประจำเดือน

5. กรมอนามัยวิเคราะห์ประเมินผล Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และจัดทำรายงานใน DOH Dashboard กรมอนามัย และ Health KPI กระทรวงสาธารณสุข

ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

คำนิยาม 1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL ≥ 12 คะแนน ทั้งชายและหญิง

2. แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง เครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึง “ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและธำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี”
แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีองค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยง 6 ประเด็น ได้แก่
   2.1 ประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ
   2.2 ประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ
   2.3 ประเด็นสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
   2.4 ประเด็นผู้สูงอายุสมองดี
   2.5 ประเด็นความสุขของผู้สูงอายุ
   2.6 ประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

3. แนวทางการดำเนินงาน ดังนี้
   3.1 ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ และได้รับการอบรม/ประชุม เพื่อให้เข้าถึงข้อมูล มีความรู้ความเข้าใจด้านการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลสุขภาพตนเอง ตามแนวทาง 6 องค์ประกอบ

3.2 ประเมินตนเองตามแนวทางการประเมินเพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และการประเมินตามองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ

3.3 จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว หรือ Wellness Plan เป็นแผนเฉพาะรายเพื่อพัฒนาทักษะ กาย ใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพดี

3.4 นำแผน Individual Wellness Plan สู่การปฏิบัติจริง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือแกนนำผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมเป็นพี่เลี้ยง สนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามแผน

3.5 ประเมินภาวะสุขภาพตนเอง หรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่

3.6 ปรับปรุงพัฒนาแผน และนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพดี โดยควรมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดี

3.7 แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อแก่เพื่อนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชุมชนหรือผู้ที่สนใจ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2562	2563	2564	2565
ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ร้อยละ	ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2566	ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2566	ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2566	ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2566

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม)

วิธีจัดเก็บข้อมูล

- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้นหรือโปรแกรมรูปแบบอื่นๆ
- รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) รายไตรมาส (3, 6, 9, 12 เดือน)
- กรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ Health KPIกระทรวงสาธารณสุข
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย คืนข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต และสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง เพื่อส่งคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ต่อไป

แหล่งข้อมูล

1. รายงานตามระบบรายงานแพลทฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัย พัฒนาขึ้น (ในภายหลัง)

2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ

3. ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12 และสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สูตรการคำนวณ (A/B) x 100

A = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ อย่างน้อย 1 ประเด็น ได้ทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

B = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ อย่างน้อย 1 ประเด็น

ระยะเวลาการประเมินผล

ธันวาคม 2565 – สิงหาคม 2566

เกณฑ์การประเมินผล

<u>ระดับจังหวัด</u>

ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤42	44	46	48	≥50

<u>ระดับอำเภอ</u>

1. ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤42	44	46	48	≥50

**** หมายเหตุ** : <u>กรณีร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินสุขภาพเพื่อทำแผนสุขภาพดี น้อยกว่าร้อยละ 50 จากกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดให้ จะไม่นับคะแนนในข้อนี้</u>

2. ร้อยละความครอบคลุมการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤72	74	76	78	≥80

วิธีการประเมินผล

1. ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ

2. รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) รายไตรมาส (3, 6, 9, 12 เดือน)

ร้อยละตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

คำนิยาม 1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข็มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

2. องค์ประกอบของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว ด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

<u>องค์ประกอบที่ 1</u> ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์

- ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทุกราย รอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน
- ประเมินสุขภาพและคัดครองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข)

<u>องค์ประกอบที่ 2</u> ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)

<u>องค์ประกอบที่ 3</u> มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่

- มีการดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ
- มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาดและควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล
- มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณูปโภค การจัดการขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น

<u>องค์ประกอบที่ 4</u> มี Care Manager/ ทีมสหวิชาชีพ/ หมอครอบครัว/ Caregiver/ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุลงเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)

<u>องค์ประกอบที่ 5</u> มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรอบ 9 เดือนและรอบ 12 เดือน ดีขึ้นในลักษณะของการเปลี่ยนกลุ่มจาก

- กลุ่มติดเตียงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน
- กลุ่มติดบ้านมาเป็นกลุ่มสังคม

<u>องค์ประกอบที่ 6</u> มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประกอบด้วย

- ข้อมูลการขึ้นทะเบียน CM /CG /และการจัดทำ Care Plan
- ข้อมูลการประเมินตำบลตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบ ทั้งพื้นที่ใหม่/พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE–Accreditation) ภายในระยะเวลา 3 ปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2562	2563	2564	2565
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	67.92	92.45	92.45	100

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละ 80	ร้อยละ 95	ร้อยละ 98	ร้อยละ 100

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน ดำเนินการทุกอำเภอ ตำบล ทั่วจังหวัด

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. ข้อมูลการคัดกรอง
2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)
3. การรายงานผลการประเมินตำบลคุณภาพผ่านเกณฑ์ทั้งพื้นที่ใหม่/ พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE–Accreditation) ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

- ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย
- ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข
- ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข
- ระบบโปรแกรม Long Term Care ของโรงพยาบาลนครพนม
- DOH Dashboard กรมอนามัย

****หมายเหตุ :** ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกัน คือ ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)

สูตรการคำนวณ = (A/E) x 100

A = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2566

B = จำนวนตำบลใหม่ที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2566

C = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินปีงบประมาณ 2559 – 2565

D = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินและรับรองซ้ำ (RE–Accreditation) ในปีงบประมาณ 2566

E = จำนวนตำบลทั้งหมด

**หมายเหตุ A = (B+C+D)

ระยะเวลาการประเมินผล

รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2565 – เดือนมีนาคม 2566)

รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2566)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

<u>ระดับจังหวัด</u>

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤96	97	98	99	100

<u>ระดับอำเภอ</u>

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤96	97	98	99	100

2. ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์

<u>ระดับอำเภอ</u>

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ระดับ				
		1	2	3	4	5
ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	ร้อยละ	≤74	75-79	80-84	85-89	≥90

วิธีการประเมินผล

1. พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และระบบโปรแกรม Long Term Care ของโรงพยาบาลนครพนม
2. จังหวัดประเมินพื้นที่ตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม
3. ศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมินและรายงานตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม

เอกสารสนับสนุน

- Blue Book Application กรมอนามัย
- คู่มือแนวทางการใช้ Blue Book Application กรมอนามัย
- คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย
- คู่มือการใช้โปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย
- โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (3C) กรมอนามัย/สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager/Caregiver กรมอนามัย
- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager/Caregiver กรมอนามัย
- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามหลักสูตรนักบริบาลท้องถิ่น (Care Community)
- คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community)
- สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
- กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว
- แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยาว
- คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว (Individual Wellness Plan) สำหรับผู้สูงอายุ
- คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว (Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุ
- คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยังแจ๋ว
- คู่มือพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ
- สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book) ฉบับปรับปรุง ปี 2565
- คู่มือขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพคู่มือการใช้งาน Blue Book Application (สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ)

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 : นางไกรษร จุลโยธา ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ : 08 1954 4529
โทรสาร : 0 4249 2001 Email : kraisorn_julz@hotmail.co.th
สถานที่ทำงาน : สสจ.บึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 1.ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 11. ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
ค่าน้ำหนัก **2**
หน่วยการวัด ร้อยละ 50
คำนิยาม ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ณ วันที่ 1 มกราคม

ติดบ้าน หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรค ทำให้มีข้อจำกัดช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ ต้องการผู้ดูแลหรือคนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน

ติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่ภาวะพึ่งพิง ที่ทำให้เกิดความพิการ และจำกัด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

ตรวจสุขภาพช่องปาก หมายถึง การตรวจประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและวางแผนการรักษาทั้งปาก โดยทันตบุคลากร

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ	30.39	17.42	63.51

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 50
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง
วิธีจัดเก็บข้อมูล จากรายงาน HDC
แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A = จำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก ->17.26 OHSP ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการตรวจช่องปาก ->

2.รายงานข้อมูล B = จำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ติดบ้าน ติดเตียง จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก ->17.26 OHSP ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการตรวจช่องปาก

สูตรการคำนวณ A/B×100
ระยะเวลาการประเมินผล ปีละ 2 ครั้ง
เกณฑ์การประเมินผล

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
30	35	40	45	50

วิธีการประเมินผล **รายงานทันตกรรมจาก HDC**
เอกสารสนับสนุน **รายงานทันตกรรมจาก HDC**
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด **1.** น.ส.ปุณณิกา หมื่นสา โทร 088-5618807
3. น.ส. เสาวนีย์ สีบุญ โทร : 095-1784906

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 12. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ 75
คำนิยาม

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทาง กาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้

1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561
2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการประชุมจัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็นที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา UCCARE (รายละเอียดเกณฑ์การให้คะแนน UCCARE แนบท้ายตาราง)

อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่

ผลลัพธ์ หมายถึง ผลลัพธ์ตามเกณฑ์ของประเด็นที่นำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ปี 2566 อย่างน้อย 2 ประเด็น)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 75	8 อำเภอ (100%)	8 อำเภอ (100%)	8 อำเภอ (100%)

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
75				

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 8 อำเภอ

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
2. มีแผนและดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง
3. มีการประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา UCCARE โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)

แหล่งข้อมูล

1. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพ.ศ.2561
2. คู่มือแนวทางการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
3. หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย
4. สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล

รายการข้อมูล 1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 8 อำเภอ

รายการข้อมูล 2

สูตรการคำนวณ A : จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ

B : จำนวนอำเภอทั้งหมด

$(A/B) \times 100$

ระยะเวลาการประเมินผล

รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566

รอบที่ 2 : มีนาคม 2566 – สิงหาคม 2566

เกณฑ์การประเมินผล

1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
2. มีแผนและดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง
3. มีการประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา UCCARE โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)

เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 1 พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพผ่านเกณฑ์ 3 ขั้นตอน

ระดับจังหวัด รอบที่ 2 พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	**รอบที่ 1**	**รอบที่ 2**
ระดับคะแนน	**เกณฑ์การให้คะแนน**	**รอบที่ 1**	**รอบที่ 2**
1	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	1 อำเภอ	อำเภอ
2	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	2 อำเภอ	อำเภอ
3	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	3 อำเภอ	อำเภอ
4	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	4 อำเภอ	6-7 อำเภอ
5	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	5 อำเภอ	8 อำเภอ

เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 1 ประเมิน 3 ขั้นตอน
ระดับ คปสอ. รอบที่ 2 ประเมิน 5 ขั้นตอน

ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	
		รอบ 1	รอบ 2
1	- มีการสรรหาแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามเกณฑ์ 8:6:7 อย่างโปร่งใสเป็นธรรม - มีวาระการประชุมคณะกรรมการ พชอ.	1	3
2	- มีสรุปการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมา ดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่าง น้อย 2 ประเด็น	2	4
3	- มีการดำเนินการการบริหารจัดการสร้างกลไกและพัฒนาคุณภาพ ชีวิต โดยการบูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน - มีการประเมินตนเอง 2 ประเด็นที่เข้าสู่กระบวนการพัฒนาเพื่อหา โอกาสพัฒนาโดยใช้ UCCARE คืนข้อมูลการประเมินตนเองในวาระ การประชุม	3	5
4	ผลการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 1 ประเด็น (ประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด)	4	6
5	ผลการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 2 ประเด็น (ประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด)	5	8

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	จำนวน	8	8	8

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565

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	บุ่งคล้า	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	รวม	8 แห่ง	8 แห่ง

เอกสารอ้างอิง

1. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพ.ศ.2561
2. คู่มือแนวทางการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
3. หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย

วิธีการประเมินผล

1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
2. มีแผนและดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการมี

ส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง

3. มีการประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา UCCARE โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)

เอกสารสนับสนุน

1. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพ.ศ.2561
2. คู่มือแนวทางการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
3. หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ชื่อ – สกุล นายวรวุฒิ แสงเพชร ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   E-mail : Sangpet61@gmail.com โทรสาร : 0 4246 2001
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 20456 ต่อ 128 โทรศัพท์มือถือ : 087-2336000
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
3. สถานที่ทำงาน กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

เกณฑ์การให้คะแนนตามแนวทาง UCCARE

UCCARE	ระดับคุณภาพ 1, 2, 3, 4, 5				
	1. เริ่มมีแนวทาง	**2. เริ่มดำเนินการ**	**3. ดำเนินการเป็นระบบและหรือครอบคลุม**	**4. เรียนรู้**	**5. บูรณาการ**
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็น	เป็น Cross functional team ระหว่างฝ่าย/คิดวางแผนและดำเนินการร่วมกันระหว่างฝ่าย	Fully integrate เป็นโครงข่ายทีมเดียวกัน (ทั้งแนวราบแนวนอน)	ชุมชนภาคีภาคส่วนต่างๆ ร่วมเป็นเครือ ข่ายในทีม
Customer Focus	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและชุมชน	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและชุมชนที่หลากหลาย	นำความต้องการของประชาชนและชุมชนมาปรับปรุงระบบการทำงาน	นำความต้องการของชุมชนมาปรับปรุงระบบงานและมีการขยายแลกเปลี่ยนเรียนรู้	นำความต้องการของชุมชนเปลี่ยนระบบ งานที่ตอบสนองกับภาระกิจของเครือข่ายบริการปฐมภูมิอย่างเหมาะสม
Community Participation	มีแนวทางในการรับรู้และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชน	เริ่มดำเนินการสร้างการรับรู้และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชน	ชุมชนเริ่มมีส่วนร่วมคิดในการดำเนินการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นอย่างขยายวงกว้าง	ชุมชนร่วมวางแผนมีแนวทางชัดเจนว่าจะดำเนินการเมื่อไหร่อย่างไรใครมี ส่วนร่วม	ชุมชนเข้ามาร่วมประเมินผลการดำเนินงานเครือ ข่ายบริการปฐมภูมิ
Appreciation & Human Resource	มีแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคลากร	เริ่มดาเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคลากร	ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ	เครือข่ายบริการปฐมภูมิมีการเรียนรู้ทบทวนกระบวนการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็น	สร้างวัฒนธรรมองค์กรให้บุคลากรมีความภาคภูมิใจและรับรูคุณค่าในงานของตนเอง
Resource Sharing	มีแนวทาง/วิธีการในการสนับสนุนการใช้ทรัพยากรและแนวทางของระบบสนับสนุนบริการปฐมภูมิ	เริ่มมีการวางแผนร่วมกันในบางประเด็น หรือบางระบบ	มีการนำข้อมูลจากทุกหน่วยงานมาทำแผนและมีการดำเนินการเพื่อสนับสนุนให้บรรลุตามพันธกิจขององค์กร	มีการทบทวนและปรับการใช้ทรัพยากรทีเหมาะสม/อย่างมีเงื่อนไข (ปรับเปลี่ยนทรัพยากร)	มีการใช้ทรัพยากรโดยยึด mission ขององค์กร (ไม่มีกำแพงกั้น) และ/หรือมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชน
Essential Care	เริ่มมีแนวทางในการจัดบริการตามบริบทตามความ ต้องการของชุมชน	มีการดำเนินการในบางส่วน	มีการขยายการดำเนินงานในส่วนอื่นๆ	มีการนำความต้องการของชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ มาปรับปรุงกระบวนการ	ชุมชน กลุ่มประชากรเปาหมาย มีการแบ่งปันและใช้ทรัพยากรร่วมกันตามบริบท

ยุทธศาสตร์ที่ 1. พัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
ประเภทตัวชี้วัด ประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 13. ร้อยละผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม
การดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย หมายถึง หน่วยงานมีการดำเนินงานอาหารปลอดภัย ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยสามารถดาวน์โหลดแนวทางการดำเนินงานได้ที่ www.phdb.moph.go.th
อาหารสด หมายถึง อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงปรกอบอาหาร ได้แก่ ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมู) และวัตถุดิบอื่น ที่ใช้ประกอบอาหารให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาล
อาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง วัตถุดิบ ผัก ผลไม้ ที่ใช้ประกอบอาหารให้ผู้ป่วยต้องไม่มีสารตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช อาหารสด ที่ใช้ประกอบอาหารต้องไม่มีการปนเปื้อนของสารฟอกขาว (โซเดียมไฮโดรซัลไฟล์), สารฟอร์มาลีน, สารกันรา (กรดซาลิซาลิก), สารบอแรกซ์ และเนื้อสัตว์ ต้องไม่มีการตกค้างจากสารเร่งเนื้อแดง
โรงครัว หมายถึง สถานที่ประกอบอาหารให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาล เท่านั้น
ช่องทางการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ได้แก่ การให้ความรู้ สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ แผ่นปลิว โปสเตอร์ จดหมายข่าว สื่อโสตทัศน์ เช่น เสียงตามสาย สื่อกิจกรรม เช่น การสาธิต การจัดนิทรรศการ การจัดเวทีประชุม เสวนา การสื่อสารทางออนไลน์ เช่น สื่อสารผ่านแอพพลิเคชั่น (Line, Facebook, Page)
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2562	2563	2564	2565
ร้อยละผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย	ร้อยละ	96.42	99.41	99.85	99.90

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 100
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
วิธีจัดเก็บข้อมูล นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A คะแนนที่รวมได้ในรอบการประเมิน
2.รายงานข้อมูล B คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมดในรอบการประเมิน

สูตรการคำนวณ

$$\frac{A \times 100}{B}$$

ระยะเวลาการประเมินผล

1.การประเมินรอบที่ 1 : 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 ประเมินกิจกรรมที่ 1 - 5
2.การประเมินรอบที่ 2 : 1 เมษายน 2566 – 30 กันยายน 2566 ประเมินกิจกรรมที่ 1 – 5

เกณฑ์การประเมินผล

กำหนดเป็นกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมนั้น จะได้คะแนนในกิจกรรมนั้น ดังนี้

คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5
ร้อยละผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 90	ร้อยละผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 92.50	ร้อยละผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 95	ร้อยละผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 97.50	ร้อยละผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100

คำอธิบาย

กิจกรรมที่	รายละเอียด	คะแนน
1	1.1 จัดทำโครงการ แผนปฏิบัติงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย/นโยบาย/แต่งตั้งคณะทำงาน - โครงการ/แผนปฏิบัติการ/นโยบาย 5 คะแนน - แต่งตั้งคณะทำงานโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย และมีการประชุมอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง 5 คะแนน 1.2 มีฐานข้อมูลผู้ขายสินค้าเกษตรปลอดภัย และมีกลุ่มเครือข่ายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย เช่น กลุ่มวิสาหกิจชุมชน กลุ่มเกษตรกรในพื้นที่ 5 คะแนน	15
2	2.1 มีการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ สื่อสารโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยให้กับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้มารับบริการ และประชาชนทั่วไปทราบ โดยสื่อสารช่องทางต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น การให้ความรู้ แผ่นพับ โปสเตอร์ เสียงตามสาย การจัดนิทรรศการ การสาธิต ช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ เป็นต้น 5 คะแนน 2.2 มีสื่อ/กิจกรรมที่เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ/เมนูชูสุขภาพ 20 คะแนน	15
3	3.1 โรงครัวในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล 5 คะแนน	10
4	4.1 มีเมนูอาหารล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน และจัดให้มีเมนูชูสุขภาพสำหรับผู้ป่วยทั่วไป ผู้มารับบริการ ญาติผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ให้สอดคล้องกับวัตถุดิบตามฤดูกาลในพื้นที่ และมีบันทึกข้อมูลการใช้วัตถุดิบ ในพื้นที่ 10 คะแนน 4.2 การคัดเลือกและตรวจสอบคุณภาพของวัตถุดิบ ตามเกณฑ์ก่อนมาปรุงประกอบอาหาร โดยมีการสุ่มตรวจสารปนเปื้อน ได้แก่ ยาฆ่าแมลง, สารฟอกขาว (โซเดียมไฮโดรซัลไฟล์), สารฟอร์มาลีน, สารกันรา (กรดซาลิซาลิก), สารบอแรกซ์ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 10 คะแนน	30

	4.3 มีการสุ่มตรวจสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์ ด้วยชุดทดสอบ (Test Kit) อย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง 5 คะแนน 4.4 จุดบริการน้ำดื่มในโรงพยาบาลทุกจุดผ่านการตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย อย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง ถ้าผลไม่ผ่านให้ดำเนินแก้ไขปัญหาโดย - ทำความสะอาดตู้กดน้ำดื่ม ถังบรรจุน้ำดื่ม หรือกรณีใช้เครื่องกรองน้ำจะต้องทำความสะอาดไส้กรองหรือเปลี่ยนไส้กรองใหม่ - แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ งดใช้น้ำดื่ม - ดำเนินการตามข้างต้นเรียบร้อยแล้วตรวจสอบซ้ำพร้อมบันทึกผล - มีผลการตรวจจุดบริการน้ำดื่มในโรงพยาบาลทุกจุด รวมทั้งน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหารในโรงครัว ตรวจอย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง 10 คะแนน	
5	5.1 จัดให้มีตลาดสีเขียวในโรงพยาบาล ในการจำหน่ายสินค้าเกษตรปลอดภัยและสินค้าเกษตรแปรรูปที่ปลอดภัยตามความเหมาะสม ผู้ซื้อสามารถเข้าถึงได้ง่าย และเพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนเกษตรกรในพื้นที่ - สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 20 คะแนน	20
6	5.2 มีข้อมูลการจัดซื้อวัตถุดิบจากกลุ่มเกษตรกร/วิสาหกิจชุมชน/เกษตรปลอดภัย และมีการรายงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - รายงานทุก 6 เดือน (ส่งภายใน 28 กุมภาพันธ์ 2566) - รายงานทุก 9 เดือน (ส่งภายใน 26 พฤษภาคม 2566) - รายงานทุก 12 เดือน (ส่งภายใน 20 กันยายน 2566)	10
	คะแนนรวม	110

วิธีการประเมินผล นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน

เอกสารสนับสนุน คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

1. นายตวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ Mobile ๐๘๖-๘๕๐๘๓๖๖
e-mail: fdapv38@fda.moph.go.th
2. นายภูรินท์ รัตนานุพงศ์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ 088-7684374
e-mail: phurin_rx@outlook.com
3. น.ส.จตุพร แดนขนาน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ Mobile 089-6173279
e-mail: dan.jatuporn@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด **(/) เชิงปริมาณ** **( ) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 14.ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (อย.น้อย) "อย.น้อยวัยใส ใส่ใจอ่านฉลากโภชนาการ"
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค อย.น้อย หมายถึง การพัฒนาศักยภาพนักเรียน อย.น้อย ให้มีความรู้และทักษะในการรับรู้ข่าวสารการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียนตลอดจนเกิดการบูรณาการกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ให้แกนนำ นักเรียน ครู และชุมชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันจากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อันตรายและการโฆษณาที่เกินจริง

อย.น้อย หมายถึง กลุ่มยาวชนที่มีส่วนร่วมในภารกิจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่คุ้มค่า ปลอดภัย การมีความรู้เกี่ยวกับภารกิจการดำเนินงานของ อย. จะเป็นประโยชน์ต่อการให้ข้อแนะนำแก่ผู้เกี่ยวข้อง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละผลการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (อย.น้อย)	ระดับ	N/A	N/A	N/A

เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงเรียนเครือข่าย อย.น้อย ทุกแห่งในจังหวัดบึงกาฬ
วิธีจัดเก็บข้อมูล นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

โรงเรียนเครือข่าย อย.น้อย ทุกแห่งในจังหวัดบึงกาฬ

ระยะเวลาการประเมินผล

การประเมินรอบที่ 1 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 ขั้นตอนที่ 1 - 2
การประเมินรอบที่ 2 1 เมษายน 2566 – 30 กันยายน 2566 ขั้นตอนที่ 1 - 5

เกณฑ์การประเมินผล

กำหนดเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (milestone) แบ่งเป็นเกณฑ์การให้คะแนน เป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนในการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับดังนี้

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

โดยที่

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน

วิธีการประเมินผล

ขั้นตอนที่	รายละเอียด	แหล่งข้อมูล
1	1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (อย.น้อย) ในระดับอำเภอ	คำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงาน รายชื่อ ตำแหน่ง หน่วยงาน เบอร์โทรศัพท์ id line ของผู้รับผิดชอบงาน
	1.2 จัดทำแผนงาน/โครงการและกำหนดมาตรการในการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดทำแผนงาน/โครงการและกำหนดมาตรการในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน	แผนงาน/โครงการ
2	2.1 จัดทำฐานข้อมูลโรงเรียน อย.น้อย ในระดับอำเภอ	ฐานข้อมูลโรงเรียน อย.น้อย ในระดับอำเภอ
	2.2 จัดทำฐานข้อมูลครูผู้รับผิดชอบงาน อย.น้อย ในโรงเรียน ในระดับอำเภอ	ฐานข้อมูลครูผู้รับผิดชอบงาน อย.น้อย
3	จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่อง **“อย.น้อยวัยใส ใส่ใจอ่านฉลากโภชนาการ”** ให้กับนักเรียน อย.น้อย เครือข่าย ในระดับอำเภอ	- แผนงาน/โครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ อย.น้อย เรื่อง “อย.น้อยวัยใส ใส่ใจอ่านฉลากโภชนาการ” - หลักฐานการจัดอบรม เช่น ภาพถ่าย วิดีโอ บันทึกผู้เข้าร่วมอบรม
4	สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (อย.น้อย) ในระดับอำเภอ	เอกสาร/ภาพกิจกรรม/วิดีโอ
5	ส่งตัวแทนโรงเรียนเครือข่าย อย.น้อย ในระดับอำเภอ เข้าแข่งขันกิจกรรมประกวดสื่อวิดีโอ ในหัวข้อ “อย.น้อยวัยใส ใส่ใจอ่านฉลากโภชนาการ” ในระดับจังหวัด	ใบสมัครเข้าร่วมกิจกรรมฯ

เอกสารสนับสนุน เอกสารประกอบการจัดอบรม “อย.น้อยวัยใส ใส่ใจอ่านฉลากโภชนาการ”

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

1. นายตวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ Mobile ๐๘๖-๘๕๐๘๓๖๖
2. นางสาวฉัตรวิภา มาศศรี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ Mobile 084-3054999

ยุทธศาสตร์ที่ 1. พัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด **(/) เชิงปริมาณ** **( ) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 15. ร้อยละผลการดำเนินงานส่งเสริม/พัฒนาผู้ประกอบการรายย่อยให้ได้รับการอนุญาต
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ระดับความสำเร็จ
คำนิยาม
ผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแล ของ อย. ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย
ได้รับการส่งเสริม หมายถึง ได้รับคำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับ และมาตรฐานต่างๆ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย จนสามารถได้รับอนุญาต
มาตรฐานสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง มาตรฐานสถานที่ผลิตตามกฎหมายแต่ละประเภทผลิตภัณฑ์ เช่น มาตรฐาน GMP ในการผลิตอาหาร, มาตรฐาน GMP ในการผลิตเครื่องสำอาง เป็นต้น
ผู้ประกอบการ หมายถึง ผู้ประกอบการรายย่อยในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ ดังนี้

1. วิสาหกิจชุมชน ผู้ประกอบการรายย่อยภายในชุมชนที่จดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน หรือเครือข่ายวิสาหกิจชุมชน ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. 2548
2. วิสาหกิจรายย่อย ตามกฎกระทรวงลักษณะวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ.2562
3. สถานที่ผลิตไม่เข้าข่ายโรงงาน ตาม พรบ.โรงงาน พ.ศ. 2562

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละผลการดำเนินงานส่งเสริม/พัฒนาผู้ประกอบการรายย่อยให้ได้รับการอนุญาต	ร้อยละ	-	-	-

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง
วิธีจัดเก็บข้อมูล นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A คะแนนที่รวมได้ในรอบการประเมิน
2.รายงานข้อมูล B คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมดในรอบการประเมิน

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

$$\frac{A}{B} \times 100$$

ระยะเวลาการประเมินผล

1.การประเมินรอบที่ 1 : 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 ประเมินกิจกรรมที่ 1 - 5
2.การประเมินรอบที่ 2 : 1 เมษายน 2566 – 30 กันยายน 2566 ประเมินกิจกรรมที่ 1 - 5

เกณฑ์การประเมินผล

กำหนดเป็นกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมนั้น จะได้คะแนนในกิจกรรมนั้น ดังนี้

ระดับคะแนน 1	ระดับคะแนน 2	ระดับคะแนน 3	ระดับคะแนน 4	ระดับคะแนน 5
ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90

คำอธิบาย

กิจกรรม	รายละเอียด	แหล่งข้อมูล
1	1. กำหนดนโนบายดำเนินงานการส่งเสริมและพัฒนาสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ (5 คะแนน) 2. แต่งตั้งคณะทำงานรับผิดชอบเพื่อกำหนดนโยบาย กรอบแนวทาง และจัดทำแผนงาน เพื่อขับเคลื่อนได้รับการส่งเสริมและพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพ (5 คะแนน)	- นโยบายให้ผู้ประกอบการในพื้นที่ได้รับการส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการพัฒนา -หลักฐานหรือคำสั่งคณะทำงานประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (รายชื่อ/เบอร์โทรศัพท์/อีเมล)
2	1. จัดทำฐานข้อมูล**สถานที่และผลิตภัณฑ์สุขภาพ**ในพื้นที่ ทั้งที่ได้รับอนุญาตและยังไม่ได้รับอนุญาต (10 คะแนน)	- ฐานข้อมูลสถานที่และผลิตภัณฑ์สุขภาพ
3	1. จัดทำแผน/โครงการในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ (5 คะแนน) 2. ตรวจเยี่ยมสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ ทั้งที่ได้รับอนุญาตและยังไม่ได้รับอนุญาต อย่างน้อย 1 ครั้ง (20 คะแนน) 3. มีการให้คำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานต่างๆ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ (15 คะแนน)	- แผนงาน/โครงการ - แบบตรวจสถานที่ผลิตตามมาตรฐาน ภาพถ่ายการดำเนินงาน
4	1. สรุปผลการตรวจเยี่ยมสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ (10 คะแนน)	- สรุปผลการตรวจเยี่ยมสถานที่ที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ โดยประกอบไปด้วย รูปภาพ ปัญหาที่พบ แนวทางการแก้ไข และข้อเสนอแนะ
5	1. จัดทำแผนพัฒนาสถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์ ที่ยังไม่ได้รับการอนุญาต (20 คะแนน) 2. รายงานผลการดำเนินงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ (10 คะแนน)	- แผนการพัฒนาสถานที่ผลิต/ผลิตภัณฑ์
คะแนนรวม	100 คะแนน	

วิธีการประเมินผล นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน

เอกสารสนับสนุน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

1. นายตวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทร. 086-8508366
e-mail: fdapv38@fda.moph.go.th
2. นายภูรินท์ รัตนานุพงศ์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ โทร. 088-7684374
e-mail: phurin_rx@outlook.com
3. น.ส.ชนากานต์ อนุรักษ์ธงไชย ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ โทร. 089-7577864
e-mail: aqua_missha@hotmail.com
4. น.ส.กาญจนาวดี สูงเนิน ตำแหน่งเภสัชกร โทร. 083-3566132
e-mail: Kachanawadee.sun@msu.ac.th
5. น.ส.อาภานันท์ เอี่ยมสำราญ ตำแหน่งเภสัชกร โทร. 082-4811591
e-mail: apanun.ea.1996@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1. พัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 16.ร้อยละผลการดำเนินงานการตรวจสอบอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม
ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๖ ประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์สมุนไพร วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และเครื่องมือแพทย์ ที่เก็บจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาตและที่ไม่ต้องขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
เกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด หมายถึง มาตรฐานที่กำหนดตามแบบบันทึกการตรวจ/เก็บตัวอย่างของจังหวัด ได้แก่ แบบบันทึกการตรวจสถานพยาบาล/แบบบันทึกการตรวจและเก็บตัวอย่างร้านขายยา/แบบบันทึกสถานที่ผลิตอาหาร/แบบบันทึกตรวจเยี่ยมโรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็กตามมาตรฐานระบบ Cold chain
การตรวจสอบ หมายถึง การสุ่มเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือชุดทดสอบเบื้องต้น ตามแผนเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยไม่นับเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ ฉุกเฉิน หรือวิเคราะห์ซ้ำ
อาหารกลุ่มเสี่ยง หมายถึง อาหารที่เสี่ยงต่อการมีคุณภาพไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ได้แก่ อาหารที่เสี่ยงพบการปลอมปน สารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสรรถภาพทางเพศ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแข็ง อาหารสด
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Dietary Supplement) หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ใช้รับประทาน นอกเหนือจากการรับประทานอาหารตามปกติ ซึ่งมีสารอาหารหรือสารอื่นเป็นองค์ประกอบ มักอยู่ในรูปของเม็ด แคปซูล ผง เกล็ด ของเหลว หรือลักษณะอื่น ซึ่งมิใช่รูปแบบอาหารปกติ สำหรับผู้บริโภคที่หวังประโยชน์ทางด้านส่งเสริมสุขภาพ
มาตรฐาน GMP (Good Manufacturing Practice) หมายถึง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร เป็นเกณฑ์หรือกำหนดขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการผลิตและควบคุมเพื่อให้ผู้ผลิตปฏิบัติตาม และทำให้สามารถผลิตอาหารได้อย่างปลอดภัย โดยเน้นการป้องกันและขจัดความเสี่ยงอาจจะทำให้อาหารเป็นพิษ อันตราย หรือเกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้บริโภค
มาตรฐานระบบ Cold chain (นมโรงเรียน) หมายถึง ระบบการจัดการและควบคุมระบบขนส่ง และเก็บรักษาผลิตภัณฑ์นมอย่างถูกต้อง เหมาะสม ตลอดห่วงโซ่ความเย็น (Cold chain)
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละผลการดำเนินงานการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด	ร้อยละ	78.80	76.69	68.83

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 90

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง รพ.สต.ทุกแห่ง
วิธีจัดเก็บข้อมูล นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A คะแนนที่รวมได้ในรอบการประเมิน

2.รายงานข้อมูล B คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมดในรอบการประเมิน

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

$$\frac{A}{B} \times 100$$

ระยะเวลาการประเมินผล

1.การประเมินรอบที่ 1 : 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 ประเมินกิจกรรมที่ 1 - 6

2.การประเมินรอบที่ 2 : 1 เมษายน 2566 – 30 กันยายน 2566 ประเมินกิจกรรมที่ 1 - 6

เกณฑ์การประเมินผล

กำหนดเป็นกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมนั้น จะได้คะแนนในกิจกรรมนั้น ดังนี้

ระดับคะแนน 1	ระดับคะแนน 2	ระดับคะแนน 3	ระดับคะแนน 4	ระดับคะแนน 5
ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90

คำอธิบาย

กิจกรรมที่	**รายละเอียด**	**คะแนน**
1	1.1 จัดทำข้อมูลสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประกอบด้วยชื่อผู้ประกอบการ/ที่อยู่/เบอร์โทรศัพท์ ครบถ้วนทุกแห่งและเป็นปัจจุบัน - ฐานข้อมูลร้านขายยา 1 คะแนน - ฐานข้อมูลสถานพยาบาล 1 คะแนน - ฐานข้อมูลนมโรงเรียน 1 คะแนน - ฐานข้อมูลสถานที่ผลิตอาหาร/น้ำดื่มประชารัฐ 1 คะแนน 1.2 จัดทำฐานข้อมูลผู้รับผิดชอบงาน คบส. ระดับอำเภอ และรพ.สต. (รายชื่อ/เบอร์โทรศัพท์/อีเมลล์) ครบถ้วน/เป็นปัจจุบัน 1 คะแนน	5
2	มีแผนงาน/โครงการที่ครอบคลุม กิจกรรมที่ 3-5 5 คะแนน	5
3	3. มีการตรวจเยี่ยม/เฝ้าระวังสถานประกอบการพร้อมส่งแบบตรวจ โดยคิดร้อยละจากจำนวนสถานประกอบการที่มีแบบตรวจ 3.1 ตรวจเยี่ยม/เฝ้าระวังร้านขายยาและร้านขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรทุกแห่งในอำเภอตามแบบฟอร์มที่กำหนด 10 คะแนน 3.2 ตรวจเยี่ยมสถานที่ผลิตอาหารตามมาตรฐาน GMP ทุกแห่งในอำเภอตามแบบฟอร์มที่กำหนด 10 คะแนน 3.3 ตรวจเยี่ยมโรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็กตามมาตรฐานระบบ Cold chain (นมโรงเรียน) ทุกแห่งในอำเภอตามแบบฟอร์มที่กำหนด 10 คะแนน 3.4 ตรวจเยี่ยม/เฝ้าระวังความปลอดภัยของอาหารสดในห้องเย็น ตลาดสด ตลาดคลองถม ร้านหมูกระทะ ทุกๆ 3 เดือน 20 คะแนน	55

	3.5 ตรวจเยี่ยม/เฝ้าระวังสถานพยาบาลทุกแห่งในอำเภอตามแบบฟอร์มที่กำหนด 5 คะแนน	
4	เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงกลุ่มเสี่ยงส่งผลตรวจวิเคราะห์ตามเป้าหมายที่กำหนด - ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร อำเภอละ 2 ตัวอย่าง (ส่งศูนย์วิทยฯ) 10 คะแนน - ยาแผนโบราณ/ยาลูกกลอน/ยาชุด/ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ที่สงสัยว่าปนเปื้อนสเตียรอยด์ อำเภอละ 10 ตัวอย่าง (Test Kit) 5 คะแนน - อาหารสดส่งตรวจ mobile unit ตามเป้าหมายที่กำหนด 5 คะแนน - น้ำดื่มประชารัฐ/น้ำตู้หยอดเหรียญตรวจด้วยชุด อ.11 ทุกแห่ง 5 คะแนน	40
5	ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยได้รับการดำเนินการจัดการ - มีการดำเนินการตามแนวทาง Compliance policy จังหวัดบึงกาฬในทุกกรณีที่พบความไม่ปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพและสรุปผลการดำเนินการ 10 คะแนน	10
6	สรุปผลการตรวจสอบสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ รูปภาพพร้อมทั้งปัญหาที่พบแนวทางการแก้ไขและข้อเสนอแนะ 5 คะแนน	5
	คะแนนรวม	120

วิธีการประเมินผล นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน

เอกสารสนับสนุน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

1. นายตวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทร. 086-8508366
e-mail: fdapv38@fda.moph.go.th
2. นายภูรินท์ รัตนานุพงศ์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ โทร. 088-7684374
e-mail: phurin_rx@outlook.com
3. น.ส.ชนากานต์ อนุรักษ์ธงไชย ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ โทร. 089-7577864
e-mail: aqua_missha@hotmail.com
4. น.ส.กาญจนาวดี สูงเนิน ตำแหน่งเภสัชกร โทร. 083-3566132
e-mail: Kachanawadee.sun@msu.ac.th
5. น.ส.อาภานันท์ เอี่ยมสำราญ ตำแหน่งเภสัชกร โทร. 082-4811591
e-mail: apanun.ea.1996@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 2

Service Excellent

ยุทธศาสตร์ที่ 2.ด้านบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellent)
ประเภทตัวชี้วัด
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 17. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด
คำนิยาม

ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่คลอดออกมาน้ำหนัก > 500 กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วันในโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพท/รพช./รพ.สต.)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	< 3.4 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	0.92 (3 ราย)	1.28 (4 ราย)	2.62 (8 ราย)

เกณฑ์เป้าหมาย

อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน < 3.4 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
2. รายงานอนามัยแม่และเด็ก ก-2

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน
2.รายงานข้อมูล B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด = (A/B) × 1,000

ระยะเวลาการประเมินผล

รอบที่ 1 6 เดือนแรก (ตุลาคม 2565 - มีนาคม 2566)
รอบที่ 2 6 เดือนหลัง (เมษายน 2566 - กันยายน 2566)

เกณฑ์การประเมินผล
ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

คะแนน	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
ต่อพันการเกิดมีชีพ	> 3.7	3.7	3.6	3.5	<3.4

วิธีการประเมินผล

นิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขแต่ละอำเภอ ปีละ 2 ครั้ง

เอกสารสนับสนุน

1.แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด

2.ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางสาวเพ็ญนภา พลเยี่ยม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์มือถือ : 083 916 2254 E-mail : pen23993@gmail.com

2. นางกนกพิชญ์ กาฬหว้า ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 094 289 3988 E-mail : kanokkala@gmail.com

3. นางวราภรณ์ บุญประเสริฐ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 081 954 4529 E-mail : momoh_894@hotmail.com.

4. นางไกรษร จุลโยธา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
โทรศัพท์มือถือ : 081 954 4529 E-mail : kraisorn_julz@hotmail.co.th

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเภทตัวชี้วัด

ลักษณะตัวชี้วัด **(/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ**

ชื่อตัวชี้วัด 18. หน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพร้อยละ 60

ค่าน้ำหนัก **2.5**

คำนิยาม **การให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ**

1.การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ หมายถึง การให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และ บริการทันตกรรมพื้นฐาน ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และ นอกสถานบริการสุขภาพ ได้ตามเกณฑ์ 7 กลุ่มเป้าหมาย 15 กิจกรรม คือ

1. คลินิกฝากครรภ์ (ANC) คือ

1.1 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน

1.2 บริการขูดหินน้ำลาย

1.3 บริการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control

2. คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC)

2.1 มีการตรวจช่องปากอย่างร้อยละ 50

2.2 การฝึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ

2.3 เด็กได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช

3. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก(เด็ก 3-5 ปี)

3.1 เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยร้อยละ 50

3.2 เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3.3 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับบริการทันตกรรม

4. โรงเรียนประถมศึกษา

4.1 เด็กการตรวจช่องปากเด็ก 6-12 ปี

4.2 เด็ก 6 ปีได้รับเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1

4.3 เด็ก 6-12 ปี ได้รับบริการทันตกรรม ร้อยละ 50

5. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

- การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน

6. กลุ่มวัยทำงาน

-การให้บริการทันตกรรมในกลุ่มผู้มีอายุ 15-59 ปี

7. กลุ่มผู้สูงอายุ

7.1 การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง
ตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในสถานบริการหรือชมรมผู้สูงอายุ

2. **จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรได้ตามเกณฑ์ (>200 คนต่อ 1,000 ประชากร)**

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ	ร้อยละ	73.84	59.67	40

เกณฑ์เป้าหมาย

ร้อยละ 60 หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งบันทึกข้อมูลในแฟ้มบริการในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

แหล่งข้อมูล

-แผนการออกให้บริการจัดหมุนเวียนในรพ.สต./ศสม.ที่มีทันตบุคลากรประจำและไม่มีประจำ ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยเป็นภาพรวม CUPและแบบทะเบียนการออกให้บริการผู้ป่วย

-ผลงานบริการทันตกรรมจากHDC รายรพ.สต.และรายเครือข่ายบริการ

-รูปภาพกิจกรรม

1.รายการข้อมูล A=จำนวน หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก

2.**รายการข้อมูล B=**จำนวน หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในจังหวัด

สูตรคำนวณ

A× 100/B

ระยะเวลาประเมินผล1.รายงานของจังหวัดตามแบบรายงานตรวจราชการประจำงวด

2.วิเคราะห์จากผลงานรายงาน HDC

เกณฑ์การประเมิน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
40	**45**	**50**	**55**	**60**

วิธีการประเมิน

รายงานทันตกรรมจาก HDC

เอกสารสนับสนุน

แผนการดำเนินส่งเสริมทันตสุขภาพทุกกลุ่มวัย

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1.**น.ส.ปุณณิกา หมื่นสา โทร 088-5618807**

2.นายอดิศักดิ์ จรัสเมธาวิทย์ โทร : 081-6405009

3.นางสาวเสาวนีย์ สีบุญ โทร : 095-1784906

ยุทธศาสตร์ที่ 2. Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : 19. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
ค่าน้ำหนัก : 2
หน่วยการวัด
คำนิยาม

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ
คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว
บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้

(1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพ ที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และ การผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาชาเฉพาะที่

(2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและ ตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการ ปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน

(3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต

(4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก

(5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจนคำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้

(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

ทั้งนี้ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. ยกระดับคุณภาพบริการ โดยมีการประเมินตนเอง ตามคู่มือ เกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖

2. คัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่เป็น Service Outcome อย่างน้อย 1 ประเด็น รวมทั้งต้องสอดคล้องกับประเด็น พชอ. ที่กำหนด เพื่อให้มีเกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม
- เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ					
		2560	2561	2562	2563	2564	2565
ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	ทีม	2	-	-	2	-	25

เกณฑ์เป้าหมาย

ระดับ จังหวัด : 1) **หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่** ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ร้อยละ 72.5 (จำนวน 29 ทีม(สะสม)) (เป้าหมายตามแผน 10 ปี ของจังหวัด จำนวน 40 ทีม)ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรม และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

ลำดับ	คปสอ.	ผลการดำเนินการ (สะสม2563)	เป้าหมาย(ตามแผน 10)			หมายเหตุ
			2564 (ยังไม่ขึ้นทะเบียนเปิดดำเนินการ)	2565	รวม (สะสม2565)	
1	เมืองบึงกาฬ	2	-	6	8	
2	เซกา	1	-	5	6	
3	โซ่พิสัย	-	-	5	5	
4	ปากคาด	-	-	2	2	
5	พรเจริญ	-	-	2	2	
6	ศรีวิไล	1	-	2	3	
7	บึงโขงหลง	-	-	1	1	
8	บุ่งคล้า	-	-	2	2	
	รวม	4	0	25	29	เป้า(40)

***หน่วยบริการปฐมภูมิและเคลื่อนข่ายปฐมภูมิเป้าหมายการพัฒนาตามแผน 10 ปี

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

แผนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดบึงกาฬ ปีงบประมาณ 2560-2570

วิธีจัดเก็บข้อมูล

จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนหน่วยบริการในระบบขึ้นทะเบียน

แหล่งข้อมูล

ระบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมดตามเป้าหมายการพัฒนาตามแผน 10 ปี

สูตรการคำนวณ (รายการข้อมูล 1/รายการข้อมูล 2)*100

ระยะเวลาการประเมินผล

ไตรมาส 2 , ไตรมาส 3 และ ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมินผล

การประเมินรอบที่ 1

ระดับอำเภอ การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ)

ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	50	55	60	65	70

การประเมินรอบที่ 2

ระดับอำเภอ การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ(ร้อยละ)

ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	75	80	85	90	100

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีคำสั่ง คกก. พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ - ทบทวนแผนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ - มีแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 10 ปี	- มีแผนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ นำไปสู่การปฏิบัติ - มีการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพเชิงรุก ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ประเมินตนเอง) - แจ้งยืนยันขอขึ้นทะเบียนมาที่ สสจ. (กรณีทีมใหม่)	- มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (เกณฑ์คุณภาพเชิงรุก) (กรณีทีมใหม่) - คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566 ตามเกณฑ์ โดยอำเภอ และส่งผลมาที่จังหวัด	- มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

วิธีการประเมินผล

จากระบบขึ้นทะเบียน และสุ่มลงประเมินในพื้นที่

เอกสารสนับสนุน

1. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562
2. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข : ประกาศการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. คู่มือดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster : PCC,
4. ระบบขึ้นทะเบียน
5.คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ – สกุล นางสาวสุนันทา โคตรอาษา ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน : กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492-040
โทรศัพท์มือถือ : 09-2512-3838 โทรสาร : 042-492-001
E-mail : mod-nurse@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 20.จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน
ค่าน้ำหนัก 3
หน่วยการวัด ร้อยละ 60
คำนิยาม

ประชาชน หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (ข้อมูลประชากรจาก สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ 30 กันยายน 2565)

หมอประจำตัว 3 คน หมายถึง ระบบบริการที่ให้คนไทยทุกคน ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน คือ การทำให้ประชากรแต่ละครอบครัวรู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง 3 คน และเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพ จะได้รับคำปรึกษาจากหมอทั้ง 3 คน ตามลำดับความต้องการ โดยหมอทั้ง 3 คนจะมีการติดต่อประสานงานกัน ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการรักษาและข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไป อย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ

หมอคนที่ 1 คือ อสม. ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้าน โดยวางแผนการทำงานของ อสม. แบ่งเขตการรับผิดชอบ อสม. 1 คน รับผิดชอบประชาชน 8 - 15 หลังคาเรือน ให้การดูแลเบื้องต้นทำหน้าที่หลักเชื่อมประสานกับหมอคน 2 และหมอคนที่ 3

หมอคนที่ 2 คือ หมอสาธารณสุข หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการ ทั้ง รพ.สต., PCU/NPCU, คลินิกชุมชนอบอุ่น ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่นๆ มอบหมายพื้นที่ ที่รับผิดชอบ ประชากร 1,250 - 2,500 คน หรือ 1-3 หมู่บ้าน มีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และเชื่อมต่อประสานงานกับ อสม. หมอคนที่ 1 และ หมอคนที่ 3

หมอคนที่ 3 คือ หมอครอบครัว หมายถึงบุคลากรในวิชาชีพแพทย์ โดยกำหนดให้หมอ 1 คน รับผิดชอบประชากร 10,000 คน หรือ 1-3 รพ.สต. ต้องประสานเชื่อมต่อกับหมอคนที่ 1 และ 2 อย่างใกล้ชิด นอกจากดูแลผู้ป่วยแล้วต้องดูแลและทำให้หมอคนที่ 1 และ 2 มีความรู้และทักษะในการทำงานดีขึ้น

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ประชาชนมีหมอประจำตัว 3 คน ดูแล เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม
- เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน ร้อยละ 50	คน	42,199	42,199	305,946

เกณฑ์เป้าหมาย

จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน ร้อยละ 60

ลำดับ	คปสอ.	จำนวนประชาชนจังหวัดบึงกาฬ	เป้าหมาย(ตามแผน 10)			หมายเหตุ
			2564	2565	ปี 2566 (คน)	
1	เมืองบึงกาฬ	92,920	N/A	N/A	55,752	
2	เซกา	44,288	N/A	N/A	26,572	
3	โซ่พิสัย	71,601	N/A	N/A	42,960	
4	ปากคาด	86,874	N/A	N/A	52,124	
5	พรเจริญ	34,828	N/A	N/A	20,896	
6	ศรีวิไล	37,692	N/A	N/A	22,615	
7	บึงโขงหลง	39,738	N/A	N/A	23,842	
8	บุ่งคล้า	14,054	N/A	N/A	8,432	
	รวม	**421,995**	N/A	N/A	253,193	

***จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน ร้อยละ 60 จังหวัดบึงกาฬ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนจังหวัดบึงกาฬ อยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

วิธีจัดเก็บข้อมูล

จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนประชาชนในระบบขึ้นทะเบียน 3หมอ

แหล่งข้อมูล

ระบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนประชาชนที่มีรายชื่อคู่กับ หมอประจำตัว 3 คน

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนประชาชนทั้งหมด

สูตรการคำนวณ (รายการข้อมูล 1/รายการข้อมูล 2)*100

ระยะเวลาการประเมินผล รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมินผล

การประเมินรอบที่ 1

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

การประเมินรอบที่ 2

ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละผลงาน	35	40	45	55	60

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-จัดทำแผนแนวทางการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2566 - ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน 3 หมอและการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม 3 หมอรู้จักคุณระดับจังหวัด และระดับอำเภอ	-ทีมสหสาขาวิชาชีพ 3 หมอได้รับการพัฒนาศักยภาพตามบทบาทที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ - ดำเนินงานการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม 3 หมอรู้จักคุณ ร้อยละ 25	- ดำเนินงานการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม 3 หมอรู้จักคุณ ร้อยละ 40	- ดำเนินงานการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม 3 หมอรู้จักคุณ ร้อยละ 60

วิธีการประเมินผล

จากระบบขึ้นทะเบียน และสุ่มลงประเมินในพื้นที่

เอกสารสนับสนุน

ระบบขึ้นทะเบียน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ – สกุล นางสาวสุนันทา โคตรอาษา ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน : กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492-040
โทรศัพท์มือถือ : 09-2512-3838 โทรสาร : 042-492-001
E-mail : mod-nurse@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ : 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด **(√) เชิงปริมาณ** **(√) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด : 21. คป.สอ.ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง NCD Clinic Plus ระดับดีมากขึ้นไป
ค่าน้ำหนัก : 5
หน่วยการวัด : ระดับ จำนวน 5 ระดับได้แก่ ต่ำกว่าพื้นฐาน, พื้นฐาน, ดี, ดีมาก, ดีเด่น
คำนิยาม : NCD Clinic Plus เป็นการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข โดยใช้หลักการ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA ประกอบด้วย การประเมิน เชิงกระบวนการตาม 6 องค์ประกอบ และการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่สะท้อนกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลรักษาของสถานบริการสาธารณสุข และได้บูรณาการร่วมกับการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมบางส่วน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการประเมินคุณภาพการดำเนินงาน ทั้งยังเป็นการสนับสนุนการจัดบริการ ของคลินิกโรคไม่ติดต่อให้มีคุณภาพ และสามารถดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนอย่างองค์รวม

NCD Clinic Plus Online เป็นการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จากการประเมิน แบบ Manual ที่ต้องกรอกคะแนนใน Excel file ให้เป็นการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและลดระยะเวลาการรวบรวมผลการประเมิน ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาล โดยสามารถบันทึกผลการประเมินผ่านช่องทางออนไลน์ และแสดงผลการประเมินของโรงพยาบาลตนเอง ได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้หน่วยงานสาธารณสุขระดับ CUP จังหวัด เขต และส่วนกลาง สามารถเข้าถึงผลประเมินของโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบได้ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการติดตาม และวิเคราะห์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาล ในภาพจังหวัด เขต และประเทศ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ระดัดจังหวัด				
ร้อยละคป.สอ.ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง NCD Clinic Plus ระดับดีมากขึ้นไป ≥75% (≥6แห่ง)	ร้อยละ	62.5% (5/8 แห่ง)	62.5% (5/8 แห่ง)	25% (2/8 แห่ง)
ระดับ คป.สอ.				
โรงพยาบาลบึงกาฬ		ดี	ดี	พื้นฐาน
โรงพยาบาลบึงโขงหลง		พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน
โรงพยาบาลบุ่งคล้า		ดีมาก	ดี	ดี
โรงพยาบาลปากคาด		ดีเด่น	ดีมาก	ดี
โรงพยาบาลพรเจริญ		ดีมาก	ดีมาก	ดี
โรงพยาบาลศรีวิไล		ดีเด่น	ดีเด่น	ดีมาก
โรงพยาบาลเซกา		ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
โรงพยาบาลโซ่พิสัย		พื้นฐาน	ดีมาก	ดี

เกณฑ์เป้าหมาย คป.สอ. มีผลการประเมิน NCD Clinic Plus ระดับ ดีมากขึ้นไป

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาสถานบริการระดับอำเภอ 2. มีการประชุมคณะกรรมการระดับ CUP เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน 3. มีแนวทาง/แผนงาน/โครงการการดำเนินงานพัฒนาสถานบริการตามนโยบายถ่ายทอดตัวชี้วัดสู่พื้นที่ 4. ผลการคัดกรองสุขภาพ ร้อยละ 90 5. ผลการวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยร้อยละ 70 6. ผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วย NCD ร้อยละ 80 7. การคัดกรองความเครียด (ST-5)ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง//การคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง//การประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง//การประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 60	1. สถานบริการมีผลการประเมิน NCD Clinic Plus ระดับดีมากขึ้นไป 2. มีการประชุมคณะกรรมการระดับ CUP เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน 3. มีการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย	1. สถานบริการมีการพัฒนา CQI เพื่อพัฒนาระบบงาน NCD Clinic Plus 2. สถานบริการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ร้อยละ 90 3. มีการประชุมคณะกรรมการระดับ CUP 4. ผลการดำเนินงานการควบคุมเบาหวานได้ดี ร้อยละ 40 5. ผลการควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 60	1. มีการประชุมสรุปผลงานคณะกรรมการระดับ CUP 2. สถานบริการมีผลการประเมิน NCD Clinic Plus ระดับดีมากขึ้นไป 3.การคัดกรองความเครียด(ST-5)ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง//การคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง//การประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง//การประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 80

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คป.สอ. 8 แห่งในจังหวัดบึงกาฬ

วิธีจัดเก็บข้อมูล

ระบบประมวลผลโดย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. โรงพยาบาลประเมินตนเองในส่วนที่1(6องค์ประกอบ) ผ่านแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online (http://ncdclinicplus.ddc.moph.go.th) โดยใช้หลักการขั้นบันได (Milestone)

2. ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ระบบจะประมวลโดยใช้ฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) Freeze ข้อมูล ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ และรอบที่ 2 วันที่ 16 สิงหาคม

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

ข้อมูลจากระบบประมวลผล NCD Clinic Plus Online คะแนนเต็ม 100 คะแนน แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การคิดคะแนนประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (40คะแนน)
2. การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ (50คะแนน)
3. การประเมนิ การพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI (10 คะแนน)

ระยะเวลาการประเมินผล ไตรมาส 2 และไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมินผล

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ต่ำกว่าพื้นฐาน (<65)	พื้นฐาน (65-74)	ดี (75-79)	ดีมาก (80-84)	ดีเด่น (85-100)

วิธีการประเมินผล/เอกสารสนับสนุน

คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus & Online กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

http://ncdclinicplus.ddc.moph.go.th/pages/public/files/view.php?id=1650528674

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางกุลรภัส ภูติโส ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
2. นายศรุต แสงขาว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

โทรศัพท์ : 042-492045-6 ต่อ 104 โทรสาร : 0 4249 2001 Email :ncd.ssjbk2565@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (√) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัดหลัก :22. ความสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
ค่าน้ำหนัก : 2.5
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม : "ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน" หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1
"การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง" หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน
ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)
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
การพัฒนา ECS ในปี 2562-2566 จะมุ่งเน้นการพัฒนา **ER คุณภาพ**
ห้องฉุกเฉินคุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน อย่างทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ โดยเน้นใน **3 มิติ** คือ

1. **พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน**
   1.1. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
      1.1.1.จัดบริการห้องฉุกเฉินตามเกณฑ์ ER Service Delivery
      1.1.2.กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 - 4 ชั่วโมง (ER Target Time 2 - 4 ชั่วโมง)
   1.2. เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน
      1.2.1. จัดบริการ OPD นอกเวลาราชการ
2. **พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน**
   2.1. พัฒนาอาคารสถานที่
      2.1.1. จัดให้มี Double door with access control
      2.1.2. จัดให้มีห้องรอตรวจ (Waiting area/room)
      2.1.3. จัดให้มีห้องแยกโรค (Isolation room)
      2.1.4.จัดให้มีห้องความดันลบ (Negative pressure room)
      2.1.5.จัดให้มีแคปซูลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (transport capsule)

2.2. พัฒนาระบบสารสนเทศ

2.2.1. มีสารสนเทศที่แสดงคิวและสถานะรวมถึงขั้นตอนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient Tracking)

2.2.2.เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการพัฒนาระบบ Telemedicine และวางแผนการพัฒนา Ambulance Operation Center (AOC)

2.2.3.ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟ้ม “ACCIDENT” ใน ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม

3. การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน

วางแผนกำลังคนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2563	2564	2565
1	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน(trauma triage level 1)ภายใน 24 ชม.(ทั้งในERและadmit)	< 12 %	5.67	7.08	10.07
2	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน(non-trauma triage level 1)ภายใน 24 ชม.(ทั้งในER และadmit)	< 12 %	1.99	3.02	3.68
3	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที	≥ 80 %	95.55555556	100	88.2553
4	อัตราของผู้ป่วย triage level 1,2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม.	≥ 60 %	72.07453029	65.77	53.17
5	ร้อยละของผู้ป่วย PS score มากกว่า0.75 ที่เสียชีวิตได้รับการทำ root cause analysis	100 %	ไม่มี case PS score > 0.75 เสียชีวิต		
6	อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) รหัส ICD S 06.1- S 06.9	< 45 %	17.86	41.93	37.87878788
7	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง	≥ 10 %	12.12	7.68	-10.15
8	ECS คุณภาพ (รพ.ต้องผ่านการประเมิน 12 องค์ประกอบเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50) ≥ ร้อยละ 80	>50%	56.69	56.85	62.17
9	การจัดตั้ง TEA Unit (รพ.บึงกาฬ)	25%	28 คะแนน ผ่านเกณฑ์(เกณฑ์ มากกว่า/เท่ากับ25คะแนน)		

เกณฑ์เป้าหมาย

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.อัตราของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

7.อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

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: อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง

A = จำนวนผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน(triage level 1)ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง

B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล : ติดตามเปลี่ยนแปลงไตรมาส 2 และ 4

รายการข้อมูล 2: อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1

A = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉินที่ admit ภายใน 2 ชม.

B = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 ที่ admit ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล : ติดตามเปลี่ยนแปลงไตรมาส 2 และ 4

รายการข้อมูล 3 : อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที

A = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที

B = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และได้รับการผ่าตัดทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล : ติดตามเปลี่ยนแปลงไตรมาส 2 และ 4

รายการข้อมูล 4: ร้อยละของผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิต ในโรงพยาบาลทุกระดับได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100

A = จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิต และได้รับการทำ RCA ในโรงพยาบาลทุกระดับ

B = จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิต ในโรงพยาบาลทุกระดับ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล : ติดตามเปลี่ยนแปลงไตรมาส 2 และ 4

รายการข้อมูล 5: อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1

A = จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1

B = จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury ทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล : ติดตามเปลี่ยนแปลงไตรมาส 2 และ 4

รายการข้อมูล 6: อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS

A = จำนวน โรงพยาบาลระดับ ที่F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (ผลประเมิน 12 องค์ประกอบเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50)

B = จำนวน โรงพยาบาลระดับ ที่F2 ขึ้นไปทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล : ติดตามเปลี่ยนแปลงไตรมาส 2 และ 4

รายการข้อมูล 7: จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง

A = จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ปีงบประมาณ 2565

B = จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ปีงบประมาณ 2566

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A-B) x 100/A

ระยะเวลาการประเมินผล : ติดตามเปลี่ยนแปลงไตรมาส 2 และ 4

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

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ร้อยละ	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
1.อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง	รอบ1,2 ≤ 12 %	≥18%	16%	12%	8%	≤ 4%
2.อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม.	รอบ1,2 ≥60%	≤20%	30%	40%	50%	≥60%
3.จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง	รอบ1,2 ≥10%	≤ร้อยละ 2	≥ร้อยละ 4	≥ร้อยละ 6	≥ร้อยละ 8	≥ร้อยละ 10
4.ร้อยละของผลการประเมิน ECS คุณภาพเฉลี่ย 12 องค์ประกอบ	รอบ2 ≥60%	≤40%	45%	50%	55%	≥60%

เกณฑ์การประเมินผล : เกณฑ์ประเมิน รพ.บึงกาฬ

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ ร้อยละ	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
1.อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง	รอบ1,2 ≤ 12 %	≥18%	16%	12%	8%	≤ 4%
2.อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที	รอบ1,2 ≥80%	≤40%	50%	60%	70%	≥80%
3.อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม.	รอบ1,2 ≥60%	≤20%	30%	40%	50%	≥60%
4.อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis	รอบ1,2 100 %	60%	70%	80%	90%	≥100 %
5.อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1	รอบ1,2 ≤45%	≥65%	60%	55%	50%	≤45%
6.ร้อยละของผลการประเมิน ECS คุณภาพ เฉลี่ย 12 องค์ประกอบ	รอบ2 ≥60%	≤40%	45%	50%	55%	≥60%
7.จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง	รอบ1,2 ≥10%	≤ร้อยละ2	≥ร้อยละ 4	≥ร้อยละ 6	≥ร้อยละ 8	≥ร้อยละ10

วิธีการประเมินผล : ประเมินจากข้อมูล43แฟ้ม ,แบบฟอร์มรายงานKPI รายอำเภอ,แบบประเมินตนเองECS และTEA Unit)

เอกสารสนับสนุน : มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข,แบบฟอร์มรายงานKPI ,รายอำเภอแบบประเมินตนเองECSและTEA Unit)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1.นายธีรพล ไชยศาสตร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
หมายเลขโทรศัพท์ 093-321-0981

2.นายธนกร อุณารักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
เบอร์โทรศัพท์ 098-2364574

สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 2	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellent)
ประเภทตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด	(✓) เชิงปริมาณ (✓) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด	23.ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การดำเนินงานคุณภาพบริการแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกและเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ค่าน้ำหนัก	2
หน่วยการวัด	ร้อยละ
คำนิยาม	**1. เกณฑ์การดำเนินงานคุณภาพบริการแพทย์แผนไทย** ประกอบด้วย 1.1 ผู้ป่วยนอกเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่มีมาตรฐานไม่น้อยกว่าร้อยละ 12 (รพท.) /ร้อยละ 20 (รพช.) /ร้อยละ 35 (รพ.สต.) 1.2 โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปผ่านการประเมินมาตรฐานคลินิกเวชกรรมไทย (OPD แพทย์แผนไทย) และเริ่มมีการดำเนินงานตามมาตรฐาน HA-TTM **2. ผู้ป่วยนอก** หมายถึง ผู้ที่มารับบริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค ฟื้นฟูสภาพ แบบไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น **3. หน่วยบริการ** หมายถึง รพ.สต./รพช./รพท. **4. บริการการแพทย์แผนไทย** หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมถึง สาขาเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย ผดุงครรภ์ไทย และหัตถการแพทย์แผนไทย **5. การแพทย์ทางเลือก** หมายถึง การบูรณาการ การแพทย์ดั้งเดิม การแพทย์ทางเลือก เพื่อให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ได้แก่ การแพทย์แผนจีน (เฉพาะแห่งที่มีผู้ประกอบวิชาชีพ) เช่น ฝังเข็ม รมยา ครอบแก้ว การแพทย์ทางเลือกอื่น เช่น สมาธิบำบัด การแพทย์วิถีธรรม หรือการบริการการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ **6. เข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพ** หมายถึง การเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชน โดยหน่วยบริการต้องจัดให้มีบริการจำหน่ายสินค้าผลิตภัณฑ์สุขภาพ และดำเนินการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือร่วมกับวิสาหกิจชุมชนดำเนินการพัฒนา จำนวน 1 แห่ง/อำเภอและ 1 ผลการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และมีการวัดผลร้อยละการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในหน่วยบริการเมื่อเทียบกับปริมาณการจ่ายยาแผนปัจจุบัน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยที่มีมาตรฐาน (12/20/35)	ร้อยละ	77.64	75.05	63.38
ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การดำเนินงานคุณภาพบริการแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก และเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	ร้อยละ	NA	NA	NA
ร้อยละปริมาณการจ่ายยาแผนไทยเปรียบเทียบกับการสั่งจ่ายยาทั้งหมด	ร้อยละ	14.2	10.46	12.28

เกณฑ์เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย รพท./รพช./รพ.สต.

วิธีจัดเก็บข้อมูล 1. การบันทึกข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม

2. ระบบรายงานผลการดำเนินงาน BK-TM-Scrolling2022

แหล่งข้อมูล 1. จาก Health Data Center (HDC จังหวัด)

https://bkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

> กลุ่มรายงานมาตรฐาน> การเข้าถึงบริการ > แพทย์แผนไทย

A = ตัวชี้วัดที่ 1.12 ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก [(โดยนับจำนวนแห่งที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ (12/20/35) X 100 / จำนวนหน่วยบริการทั้งหมดในอำเภอ) X 30 / 100]

B และ D = คะแนนประเมินมาตรฐาน จาก BK-TM-Scrolling2022

C = ตัวชี้วัดที่ 1.19 ปริมาณการใช้ยาแผนไทยเทียบกับปริมาณการใช้ยาทั้งหมดหากมีการสั่งจ่ายยามากกว่าร้อยละ 15 ให้ได้คะแนนเต็ม แต่หากน้อยกว่า ร้อยละ 15 ให้คะแนนตาม ร้อยละที่อำเภอดำเนินการได้

สูตรคำนวณ A+B+C+D

ระยะเวลาการประเมินผล 6 เดือน และ 10 เดือน

ระยะเวลาการประมวลผล	6 เดือน (ร้อยละที่คาดหวัง 50)	10 เดือน (ร้อยละที่คาดหวัง 75)
มาตรการที่ 1 เพิ่มการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิ	1.จัดทำบัญชียาทดแทนยาแผนปัจจุบันและจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาทดแทน 3 รายการ	1.ประมวลผลการส่งเสริมการจัดบริการสั่งยาแผนไทยทดแทนยาแผนปัจจุบันจำนวน 9 รายการ
	2.จัดบริการแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอก และประเมินตนเองตามแบบประเมินมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง อาทิ คลินิกเวชกรรมไทย/HA-TTM	2.จัดกิจกรรมKM/QLNระดับอำเภอ
มาตรการที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการยาแผนไทย	1.จัดทำกรอบบัญชียาแผนไทย รพ./รพสต.พท. 30รายการ รพ.สต.15 รายการ 2.ประชุมคณะกรรมการระบบยาแผนไทยระดับอำเภอ	1.กำกับติดตามระบบคลังเวชภัณฑ์การแพทย์แผนไทยและการ Supply ยาให้เพียงพอพร้อมใช้

มาตรการที่ 3 พัฒนาคุณภาพบริการเครือข่าย	1.ดำเนินการตามนโยบายการส่งต่อผู้ป่วยระดับCUPและการดูแลต่อเนื่อง	1.ติดตามการดำเนินงานและ Clinical Tracer ของระบบบริการที่ยังเป็นความเสี่ยงด้านคลินิก 2.จัดทำรูปเล่ม Best Practice ระดับหน่วยงาน
มาตรการที่ 4 เพิ่มการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพ	1. จัดตั้ง T2C Shop/T2C Corner เป้าหมายอำเภอละ 1 แห่ง 2. พัฒนา Product อำเภอละ 1 ผลิตภัณฑ์	1.ดำเนินการบูรณาการ Product อำเภอละ 1 ผลิตภัณฑ์ เข้ากับระบบบริการ

เกณฑ์การประเมินผล **100 คะแนน** ประกอบด้วย

1. ร้อยละผู้ป่วยนอกเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย **30 คะแนน**
2. โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานคลินิกเวชกรรมไทย และมีการดำเนินงานตามมาตรฐาน HA-TTM **30 คะแนน**
3. ร้อยละการสั่งจ่ายยาแผนไทยเมื่อเทียบกับปริมาณการสั่งจ่ายยาแผนปัจจุบัน **15 คะแนน**
4. การเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชน การดำเนินการ T2C Shop และการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพ **25 คะแนน**

วิธีการประเมินผล ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข และคะแนนประเมินมาตรฐาน จาก BK-TM-Scrolling2022

เอกสารสนับสนุน

1. การจัดบริการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการ
2. รายงานผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ประเมินจาก Datacenter/สรุปผลการปฏิบัติ
3. คู่มือการดำเนินการตามตัวชี้วัดและ BK-TM-Scrolling 20

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

1. นายธีระกุล อุทะกัง แพทย์แผนไทยชำนาญการ โทร. 091-4182718
2. นางสาวสุชาดา บูรณะสถาพร นวก.สธ.ชำนาญการ โทร 096-4453915
3. นางสาวสุจิตรา อืดผา แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทร. 080-3546335
4. นางสาววิจิตรา ศรีสวัสดิ์ แพทย์แผนไทย โทร. 084-7958014

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 24. การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล (RDU Hospital)
ค่าน้ำหนัก **2**
หน่วยการวัด ระดับ
คำนิยาม

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม เพื่อให้ประชาชนหรือสัตว์ ได้รับยาและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิก และความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่เหมาะสม โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถใช้ยาในการดูแลสุขภาพตนเอง ตามความจำเป็น ลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง

ยา หมายถึง ยา (รวมถึงวัคซีน) ตามกฎหมายว่าด้วยยา และยาจากสมุนไพรตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษ ที่นำมาใช้ทางยา รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา ครอบคลุมยาสำหรับมนุษย์และยาสำหรับสัตว์

ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีการโฆษณาและกล่าวอ้างสรรพคุณมุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วย

โรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) หมายถึง โรงพยาบาลมีกระบวนการออกแบบบริหารจัดการและการพัฒนาระบบคุณภาพด้านยาของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดให้เป็นกลไกสำคัญในการกำหนดนโยบายและการดำเนินการ สามารถชี้นำการจัดการด้านยาในองค์กรได้อย่างเหมาะสม และเป็นที่ยอมรับ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
โรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital)	ระดับ	ผ่าน 7/12	ผ่าน 7/12	

เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลบึงกาฬ และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
วิธีจัดเก็บข้อมูล HDC / Cockpit
แหล่งข้อมูล รายงานผลการดำเนินงาน ข้อมูลจาก HDC / Cockpit

คำอธิบาย

กิจกรรมที่	รายละเอียด
1 ตัวชี้วัด RDU Hospital	1. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (URI) - รพท. ใช้ยาปฏิชีวนะ ≤ 30% - รพช. ใช้ยาปฏิชีวนะ ≤ 20%
	2. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD) - ใช้ยาปฏิชีวนะ ≤ 20%
	3. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะจากบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (FTW) - ใช้ยาปฏิชีวนะ ≤ 50%
	4. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด (APL) - ใช้ยาปฏิชีวนะ ≤ 15%
	5. ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไปที่มีการใช้ยา RAS blockade (ACEI/ARB/Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในรักษาผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไป - ได้รับยาร่วมกัน 0%
	6. ร้อยละผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs - ได้รับ NSAIDs ≤ 10%
	7. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีการใช้ยา Metformin เพื่อรักษาผู้ป่วยเบาหวาน เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่น เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยไม่มีข้อห้ามใช้ - ใช้ Metformin ≥ 80%
	8. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน - ได้รับ NSAIDs ซ้ำซ้อน ≤ 5%
	9. ร้อยละผู้ป่วยโรคหอบหืดเรื้อรัง ที่ได้รับยา Inhaled corticosteroid - ได้รับ inhaled corticosteroid ≥ 80%
	10. ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine - ได้รับยา ≤ 5%
	11. ร้อยละของผู้ป่วยเด็ก ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และได้รับยาการใช้ยาต้านฮีสเตมีนชนิด non-sedating - ได้รับยา ≤ 20%
	12. จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาห้ามใช้ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) - ได้รับยา Contraindication 0%

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ผ่าน 8 ข้อ	ผ่าน 9 ข้อ	ผ่าน 10 ข้อ	ผ่าน 11 ข้อ	ผ่าน 12 ข้อ

เอกสารสนับสนุน

1.แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กองบริหารการสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/Manual_Service%20Plan%20RDU_Sept2016.pdf)

2. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use/detail/67)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

: นายตวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทร. 086-850-8366

: นางสาวฉัตรวิภา มาศศรี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ โทร. 084-305-4999

: นางสาวกนกวรรณ เทมียะโก ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ โทร. 087-429-1104

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด **25.** ร้อยละการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหน่วยบริการปฐมภูมิ
ค่าน้ำหนัก **2.5**
หน่วยการวัด ระดับ
คำนิยาม

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม เพื่อให้ประชาชนหรือสัตว์ ได้รับยาและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิก และความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่เหมาะสม โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถใช้ยาในการดูแลสุขภาพตนเอง ตามความจำเป็น ลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง

ยา หมายถึง ยา (รวมถึงวัคซีน) ตามกฎหมายว่าด้วยยา และยาจากสมุนไพรตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษ ที่นำมาใช้ทางยา รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา ครอบคลุมยาสำหรับมนุษย์และยาสำหรับสัตว์

ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีการโฆษณาและกล่าวอ้างสรรพคุณมุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วย

หน่วยบริการปฐมภูมิใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Primary Care Unit) หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน มีการออกแบบบริหารจัดการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน 2 กลุ่มโรค ได้แก่ (1) โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (URI) และ (2) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU PCU)	ร้อยละ	90.32	84.13	

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง (รพ.สต./ศสม.)
วิธีจัดเก็บข้อมูล นิเทศ/ติดตาม/รายงานกองบริหารการสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1. รายงานข้อมูล A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./ศสม.) ที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ข้อ
2. รายงานข้อมูล B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./ศสม.) ทั้งหมด
3. สูตรการคำนวณ = (A/B) x 100

กิจกรรมที่	รายละเอียด
ตัวชี้วัด RDU PCU	1. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (URI) - ใช้ยาปฏิชีวนะ ≤ 20%
	2. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD) - ใช้ยาปฏิชีวนะ ≤ 20%
	3. มีระบบป้องกัน Medication error - มีการส่งมอบยาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน - ยาที่ส่งมอบมีข้อมูลครบถ้วน ระบุสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา - มีการบันทึกอุบัติการณ์ความคาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) - มีแนวทางป้องกันความคาดเคลื่อนทางยาใน รพสต.
	4. ฉลากยาเป็นไปตามมาตรฐาน/มีฉลากเสริมที่ครบถ้วน - ฉลากยาเป็นไปตามมาตรฐาน - มีฉลากเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้แก่ ฉลากยาภาษาไทย และมีฉลากยาเสริม - มีฉลากช่วยในการใช้ยา

เกณฑ์การประเมินผล

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

เอกสารสนับสนุน

1.แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กองบริหารการสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/Manual_Service%20Plan%20RDU_Sept2016.pdf)

2. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use/detail/67)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

: นายตวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทร. 086-850-8366

: นางสาวฉัตรวิภา มาศศรี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ โทร. 084-305-4999

: นางสาวกนกวรรณ เทมียะโก ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ โทร. 087-429-1104

ยุทธศาสตร์ที่ : 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (BK Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : 26. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
ค่าน้ำหนัก : 2
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม

การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ ทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting และบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน ส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้

โรงพยาบาลต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้

1. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/หรือ มีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่อง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) และบันทึกในระบบ E-claim รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า

2. มีบุคลากรในทีมการดูแลประคับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ดังนี้

2.1. โรงพยาบาลระดับ A, S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 1 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน

2.2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน

2.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน

2.4. โรงพยาบาลทุกระดับ มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว

3. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรค ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ดังนี้

3.1 กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48

3.2 กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และ (Dementia) ICD-10 รหัส F03

3.3 โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5

3.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44

3.5 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50

3.6 ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)

3.7 ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1

3.8 ผู้สูงอายุ (อายุ > 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุ่มโรคตามข้อ 2.1-2.7 และภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคอง

3.9 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ประคับประคองระยะท้าย

4. มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก อย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย

5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน และบันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim <u>(ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 50)</u>

* เมื่อดำเนินการตามข้อ 4-5 หน่วยบริการประจำมีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยการบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช กำหนด

6. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟีน และร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 (ติดตามผลการดำเนินการ จาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

เกณฑ์เป้าหมาย :

ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (ดึงจากฐาน HDC)

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลในจังหวัดบึงกาฬร่วมพัฒนาการดูแลในรูปแบบเครือข่ายระดับ อำเภอ เครือข่ายสุขภาพในจังหวัดบึงกาฬทุกแห่ง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดยสานักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวชี้วัด คือ กำกับ ดูแลการกรอกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลแฟ้มการวินิจฉัยโรค แฟ้มยา และแฟ้มการติดตามเยี่ยมบ้าน ใน 43 แฟ้ม ให้ครบถ้วน

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

แหล่งข้อมูล

Health data center https://hdcservice.moph.go.th รายงานมาตรฐาน ข้อมูลตอบสนอง service plan สาขา Intermediate และ palliative care ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (workload)

รายการข้อมูล 1

A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planningดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 รหัส Z71.8 เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ

รายการข้อมูล 2

B=จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนดที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ ICD-10 C00-C96, D37-D48, I60-I69, F03, N18.5, J44, I50, K72, K70.4, K71.7, B20-B24(ยกเว้น B23.0, B23.1), R54 และผู้ป่วยอายุ 0-14 ปี (ที่วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ

สูตรคำนวณ (A/B) x 100

ระยะเวลาประเมิน รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมินผล

กำหนดเป็นค่าคะแนนในแต่ละกิจกรรมการดำเนินงาน โดยผลการดำเนินงานคิดสัดส่วนคะแนน ตามเป้าหมาย ดังนี้

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

กำหนดเป็นกิจกรรมการดำเนินงาน 9 กิจกรรม คะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน โดยสถานบริการต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ในแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมจะได้คะแนน ดังนี้

ที่	รายละเอียด	คะแนน
1.	มีบุคลากรที่สามารถสั่งใช้ยา จ่ายยา และบริหารยา Opioids ในการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ดังนี้	
	1.1 โรงพยาบาลทุกระดับ มีแพทย์ปฏิบัติงาน PC อย่างน้อย 1 คน	1
	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	1
	1.3 โรงพยาบาลทุกระดับมีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน	1
	1.4 โรงพยาบาลทุกระดับมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัวตามบริบท	2
	1.5 โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioids ตามคำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลระยะท้ายของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1
	คะแนนรวม กิจกรรมที่ 1	**6**
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
	2.5 ผู้สูงอายุ (อายุ ≥60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 4 กลุ่มโรค ตามข้อ 2.1-2.4 และภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคองตามข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย (แนวทางฯหน้า 76-80)	1
	2.6 ผู้ป่วย อายุ 15-59 ปี ที่เจ็บป่วยใน 4 กลุ่มโรค ตามข้อ 2.1-2.4	1
	2.7 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) เข้าสู่ระยะประคับประคอง ตามข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย	1

เกณฑ์การประเมินผล (ต่อ)

กำหนดเป็นกิจกรรมการดำเนินงาน 9 กิจกรรม คะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน โดยสถานบริการต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ในแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมจะได้คะแนน ดังนี้

ที่	รายละเอียด	คะแนน
2	*****ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการประเมินผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care** (กรณีที่ยังไม่นำ Palliative care ลงสู่ service plan อนุโลมให้ใช้ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น - การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS ≤ร้อยละ 50 หรือ การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) ≤ร้อยละ 50 หรือ ECOG ≥ 3 เป็นต้น - การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) ≤ ร้อยละ 50 หรือ ECOG ≥ 3 เป็นต้น 2) Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ 3) สภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย 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	
	คะแนนรวม กิจกรรมที่ 2	**7**

เกณฑ์การประเมินผล (ต่อ)

กำหนดเป็นกิจกรรมการดำเนินงาน 9 กิจกรรม คะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน โดยสถานบริการต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ในแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมจะได้คะแนน ดังนี้

ที่	รายละเอียด	คะแนน
3.	มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นลายลักษณ์อักษร และบันทึกการวินิจฉัยด้วย ICD-10 รหัส Z718 (Other specified counselling : การให้คำปรึกษาอื่นที่ระบุรายละเอียด) ดังนี้	
	3.1 มีกิจกรรม Family Meeting และ มีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 40	7
	3.2 มีกิจกรรม Family Meeting และ มีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 50	10
	3.3 มีกิจกรรม Family Meeting และ มีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 60	15
	3.3 มีกิจกรรม Family Meeting และ มีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 70	20
	3.5 มีกิจกรรม Family Meeting และ มีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร้อยละ 80 - 100	25
	คะแนนรวม กิจกรรมที่ 3	**25**
4.	ผู้ป่วยที่เข้าสู่การดูแลประคับประคองระยะท้ายได้รับการจัดการอาการปวด 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 **โดยคำนวณจากสูตร = [B/A x 100]** โดยที่ A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และได้รับการรักษาด้วย Opioid โดยดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการจ่ายยา Strong Opioid ของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก หรือข้อมูลจากศูนย์ PC เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ ซ้ำ	

เกณฑ์การประเมินผล (ต่อ)

กำหนดเป็นกิจกรรมการดำเนินงาน 9 กิจกรรม คะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน โดยสถานบริการต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ในแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมจะได้คะแนน ดังนี้

ที่	รายละเอียด	คะแนน
4.	รายการยา Opioid ที่องค์การอนามัยโลกติดตามข้อมูลของประเทศสมาชิก และรหัสยา 24 หลัก (หลักที่ 1-11 แสดงชื่อสามัญ) 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 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	
	4.1 ได้รับการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการรบกวนระยะท้าย ด้วย Strong Opioid Medication ร้อยละ 20	2
	4.2 ได้รับการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการรบกวนระยะท้าย ด้วย Strong Opioid Medication ร้อยละ 30	4
	4.3 ได้รับการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการรบกวนระยะท้าย ด้วย Strong Opioid Medication ร้อยละ 40	6
	4.4 ได้รับการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการรบกวนระยะท้าย ด้วย Strong Opioid Medication ร้อยละ 50	8
	4.5 ได้รับการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการรบกวนระยะท้าย ด้วย Strong Opioid Medication ร้อยละ 60	10
	คะแนนรวม กิจกรรมที่ 4	**10**

เกณฑ์การประเมินผล (ต่อ)

กำหนดเป็นกิจกรรมการดำเนินงาน 9 กิจกรรม คะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน โดยสถานบริการต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ในแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมจะได้คะแนน ดังนี้

ที่	รายละเอียด	คะแนน
5	ร้อยละการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน ตามแนวทางการจ่ายค่าชดเชยการให้บริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบันทึกรหัสการเยี่ยมบ้านทุกโรคใดๆ (1AXXX) ในแฟ้ม community service ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5	
	5.1 มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 40	7
	5.2 มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 50	10
	5.3 มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 60	15
	5.4 มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 70	20
	5.5 มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 80 – 100	25
	คะแนนรวม กิจกรรมที่ 5	**25**
6.	มีเครือข่ายการดูแลประคับประคองร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร	7
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 กิจกรรมที่ 5	**27**

คะแนนรวม ทุกกิจกรรม	**100**

เอกสารสนับสนุน

1. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) กรมการแพทย์

2. คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/palliativecaredrugsystem2561_edited030562.pdf)

3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016 ที่ https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf

4. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2558 ที่ https://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/011518-1453-9113.pdf

5. A Guide to Children's Palliative Care (Fourth Edition). International Children's Palliative Care Network and the Royal College of Paediatrics and Child Health (RPCH), 2018.ที่ https://www.togetherforshortlives.org.uk /wp-content/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children's-Palliative-Care-Fourth-Edition-5.pdf

6. Palliative care guideline, self-assessment workbook ศูนย์การุณรักษ์ และกรมการแพทย์

7. World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization. Http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf

8. World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.จารุวัฒน์ บำรุงกิตติกุล แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ตำแหน่ง : นายแพทย์ชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 1161 สถานที่ทำงาน : โรงพยาบาลบึงกาฬ
2. นางสุภารัตน์ ไชยทุม ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 107 โทรศัพท์มือถือ : 08 6483 9465
   Email: suparat4999@gmail.com สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
3. นายก้อนคำ พลวงค์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 107 หมายเลขโทรศัพท์ 08 1975 1731
   สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ตารางประกอบคำนิยาม

<u>ตารางที่ 1</u> SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

1.1. Temperature >38° C or <36° C

1.2. Heart rate >90 beats/min

1.3. Respiratory rate >20 /min หรือ $PaCO_2$ <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 Pao2/ Fio2<250 โดยไม่มีภาวะ Pneumonia เป็นสาเหตุ

2.5. Acute lung injury ที่มี Pao2/ Fio2<200 โดยมีภาวะ Pneumonia เป็นสาเหตุ

2.6. Creatinine>2.0 mg./dl. (176.8 μmol/l)

2.7. Bilirubin >2 mg/dl. (34.2 μmol/l.)

2.8. Platelet count <100,000μL

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

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA)score ในการประเมิน ได้แก่

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	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะต่อวัน ปัสสาวะ/8 ชม. ปัสสาวะ/4 ชม. ปัสสาวะ/1 ชม.		≤ 500 ≤ 160 ≤ 80 ≤ 20	501-999 161-319 81-159 21-39	≥ 1,000 ≥ 320 ≥ 160 ≥ 40			

<u>การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล</u>

ระดับ 0 [Level 0]

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

ระดับ 1 [Level 1]

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

ระดับ 2 [Level 2]

Patients requiring more detailed observation or intervention including support for a single failing organ system or post-operative care and those 'stepping down' from higher levels of care **ระดับ 3 [Level 3]**

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

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℃	[101.3]	+2

Interpretation

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

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

ตารางที่ 6 เกณฑ์การจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาล ประจำจังหวัด [ระดับ S และ A]

6.1 มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหนังสือแต่งตั้งชัดเจน

6.2 มีแนวทางการดำเนินงานของ Rapid Response System ในโรงพยาบาล โดยมีหนังสือคำสั่งแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน

6.3 เริ่มดำเนินการโดยมีทีม Rapid Response team เพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วย Sepsis โดยมีการนำเสนอผลงานในแต่ละเดือน มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

วิธีการประเมินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาล ประจำจังหวัด [ระดับ S และ A]

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

ยุทธศาสตร์ที่ : 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (BK Service Excellence)

ประเภทตัวชี้วัด : ยุทธศาสตร์

ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ

ชื่อตัวชี้วัด : 27. ตัวชี้วัดหลัก_ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) (ร้อยละ 100)

2. ตัวชี้วัดรอง ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ร้อยละ 80)

ค่าน้ำหนัก : **2.5**

หน่วยการวัด : ร้อยละ

คำนิยาม : การดูแลระยะกลาง หมายถึง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (medically stable*) แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางยังต้องการการดูแลทางการแพทย์ พยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพใสถานพยาบาล (intermediate bed หรือ intermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อน สามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (ไม่เกิน 6 สัปดาห์หรือ 45 วัน**)

<u>การบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง</u>ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน <u>จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน</u>ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน BI ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ ๒๐
IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60-I64
TBI	traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภยันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069
SCI	spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภยันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 – S14.1 S24.0 – S24.1 S34.0 – S34.1 S34.3
	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 :

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัดหลัก ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 75	≥ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดรอง เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 85	≥ร้อยละ 90

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairmentได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20

วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล :

ตามแบบฟอร์มรายงาน จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการติดตามในระบบ HosXp การนิเทศและประเมินผล

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดหลักร้อยละของโรงพยาบาลพยาบาลที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)

A = โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการการดูแลระยะกลางแบบ ผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)

B = โรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัดบึงกาฬ

ตัวชี้วัดรอง ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20

C = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20

D = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดบึงกาฬ

(A/B) x 100

(C/D) x 100

ระยะเวลาประเมินผล : รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมินผล :

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

วิธีการประเมินผล

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

	6.1 Physical therapy 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI เท่ากับ 20 6.2 Nursing care 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI เท่ากับ 20	4
	7. ยาและเวชภัณฑ์ (medication and medicament) 7.1 ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen (บัญชี ช) 7.2 ยาสวนอุจจาระขนาดน้อยกว่า 150 มล. เช่น enema ขนาด 20 มล. 7.3 หลอดสวนปัสสาวะเช่น Foley catheter 14-16 F with ballon size 5-15 ml,red rubber catheter,urine bag	 1 1 1
	8. อุปกรณ์ช่วยคนพิการ (Assistive devices) 8.1 Shoulder-Bobath sling 8.2 Plastic AFO 8.3 One-point cane 8.4 Tripod or quad cane	 1 1 0.5 0.5
	รวม	30
ขั้นตอนที่ 3 ตัวชี้วัดการดูแลระยะกลาง	ร้อยละการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Barthel index <15 และ ≥15 with multipleimpairment ได้รับการบริบาล) $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการบริบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยระยะกลางทั้งหมด}}$ -ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการบริบาล ≥ ร้อยละ 40 -ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการบริบาล ≥ ร้อยละ 50 -ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการบริบาล ≥ ร้อยละ 60 -ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการบริบาล ≥ ร้อยละ 70 -ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการบริบาล ≥ ร้อยละ 80	 5 10 15 20 25
	รวม	25
ขั้นตอนที่ 4 **ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลระยะกลาง**	1. มีการบูรณาการกับแพทย์แผนไทย 2. มีการเชื่อมโยงระบบ 3 หมอ 3. มีการคีย์ในระบบคุณภาพ/กองทุนต่างๆ/สปสช. 4. มีผลงาน CQI /นวัตกรรม ที่เป็นปัจจุบัน 5. มีผลงานการวิจัย (1 เรื่อง ใช้ได้ 3 ปี)	5 5 5 5 10 10
	รวม	40
ผลรวม	**ขั้นตอนที่ 1-4**	**100**

วิธีการประเมินผล

1. ข้อมูลจากในระบบ HosXp กองทุนที่เกี่ยวข้อง สปสช. ทะเบียนการเยี่ยม
2. เอกสารวิชาการที่จัดทำทำ

เอกสารสนับสนุน : 1. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ

2. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ. 2559

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.จารุวัฒน์ บำรุงกิตติกุล แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ตำแหน่ง : นายแพทย์ชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 1161
   สถานที่ทำงาน : โรงพยาบาลบึงกาฬ
2. นางสุภารัตน์ ไชยทุม ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 107
   โทรศัพท์มือถือ : 08 6483 9465
   Email: suparat4999@gmail.com
   สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
3. นายก้อนคำ พลวงค์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 107
   หมายเลขโทรศัพท์ 08 1975 1731
   สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 28. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์
ค่าน้ำหนัก **1.5**
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจวินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ

2. ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย

3. ยากัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา

4. Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส ICD10 กรณีแพทย์แผนปัจจุบัน Z51.5 กรณีแพทย์แผนไทย U50-U77 และ Z51.5)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
บึงกาฬ	ร้อยละ	NA	5.06	16.36
โซ่พิสัย			0.88	1.43
เซกา			0.00	0.80
พรเจริญ			3.39	11.76
ปากคาด			0.00	4.52
บึงโขงหลง			0.00	9.62
ศรีวิไล			0.65	6.29
บุ่งคล้า			0.00	7.69
รวม			**1.04**	**4.79**

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 6
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์
วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. รวบรวมจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
2. รวบรวมจากการส่งข้อมูลผ่านสถาบันกัญชาทางการแพทย์

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

รายการข้อมูล A1 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์

รายการข้อมูล B1 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care)

การคำนวณ = (A1/B1) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566

เกณฑ์การประเมินผล

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ 4	ร้อยละ 4.5	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5.5	ร้อยละ 6

วิธีการประเมินผล

1. ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลจากสถาบันกัญชาทางการแพทย์

เอกสารสนับสนุน

1. คู่มือ แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG)
2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

: นายตวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทร. 086-850-8366

: นางสาวฉัตรวิภา มาศศรี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ โทร. 084-305-4999

: นางสาวกนกวรรณ เทมียะโก ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ โทร. 087-429-1104

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 29. ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์
ค่าน้ำหนัก 2.5
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจวินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ

2. ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย

3. ยากัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา

4. Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส ICD10 กรณีแพทย์แผนปัจจุบัน Z51.5 กรณีแพทย์แผนไทย U50-U77 และ Z51.5)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	**หน่วยวัด**	**ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.**		
		2563	**2564**	**2565**
บึงกาฬ	จำนวน (คน)	NA	68	454
โซ่พิสัย			22	9
เซกา			19	92
พรเจริญ			18	42
ปากคาด			24	57
บึงโขงหลง			?	18
ศรีวิไล			71	106
บุ่งคล้า			163	95
รวม			**385**	**873**

เกณฑ์เป้าหมาย

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
-	ร้อยละ 3	-	ร้อยละ 6

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์
วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. รวบรวมจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
2. รวบรวมจากการส่งข้อมูลผ่านสถาบันกัญชาทางการแพทย์

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

รายการข้อมูล A1 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ปีงบ 2566

รายการข้อมูล B1 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ปีงบ 2564

การคำนวณ = (A2-B2/B2) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566

เกณฑ์การประเมินผล

ประเมินรอบที่ 1

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ 1	ร้อยละ 1.5	ร้อยละ 2	ร้อยละ 2.5	ร้อยละ 3

ประเมินรอบที่ 2

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ 4	ร้อยละ 4.5	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5.5	ร้อยละ 6

วิธีการประเมินผล

1. ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลจากสถาบันกัญชาทางการแพทย์

เอกสารสนับสนุน

1. คู่มือ แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG)
2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

: นายตวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทร. 086-850-8366

: นางสาวฉัตรวิภา มาศศรี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ โทร. 084-305-4999

: นางสาวกนกวรรณ เทมียะโก ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ โทร. 087-429-1104

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 30. Refracture Rate
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม
ผู้ป่วย Refracture Prevention คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย
ภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้มในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height)
ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากภยันตรายชนิดไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Refracture Prevention โดยนับตั้งแต่วันหลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention เป็นต้น
การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน
กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส

1. Femoral neck S72.0
2. Intertrochanter S72.1
3. Subtrochchanter S72.2

กระดูกสันหลัง กระดูกต้นแขน กระดูกข้อมือ กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกหน้าแข้งส่วนปลาย กระดูกข้อเท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส

1. Compression spine	S22.0 (T-spine)
	S32.0 (LS-spine)
	S32.7 (multiple LS with pelvis)
2. Humerus	S42.2 (proximal)
	S42.3 (shaft)
	S42.4 (distal)
3. Distal radius	S52.5 (without ulna)
	S52.6 (with ulna)
4. Distal femur	S72.4
5. Proximal tibia	S82.1
6. Distal tibia and ankle	S82.3 (Plafond)
	S82.5 (Medial malledus)
	S82.6 (lateral malledus)
	S82.8 (lower leg, other)

ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสหัตถการ ด้วยรหัส

1. open reduction with internal fixation femur 79.35
2. Close reduction with internal fixation femur 79.15
3. Total hip arthroplasty 81.51
4. Partial hip arthroplasty 81.52

Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้นทำโครงการมาแล้ว 1 ปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)	< ร้อยละ 20	0	0	0
ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน	> ร้อยละ 50	NA	NA	32.5

เกณฑ์เป้าหมาย

1.1 Refracture rate < ร้อยละ 20

1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาล ระดับ M1 ขึ้นไป ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามมาตรฐานการจัดตั้งทีมแพทย์
2. คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. โรงพยาบาลบึงกาฬจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

2. การรายงานข้อมูล 43 แฟ้ม ของโรงพยาบาลทุกระดับ

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1. รายงานข้อมูล A = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ **Refracture Prevention** ที่มีกระดูกหักซ้ำ
2. รายงานข้อมูล B = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ **Refracture Prevention** ในระยะเวลา 1 ปี
3. รายงานข้อมูล C = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ **Refracture Prevention** ที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Early surgery
4. รายงานข้อมูล D = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ **Refracture Prevention** ที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด
5. ร้อยละของผู้ป่วย Refracture Prevention ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) = (A/B) x 100
6. ร้อยละของผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) = (C/D) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมินผล

Refracture rate

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
40	35	30	25	20

Early surgery

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
10	20	30	40	50

วิธีการประเมินผล โปรแกรม 43/แฟ้ม HDC

เอกสารสนับสนุน คู่มือการจัดตั้งทีมและดำเนินงานโครงการ Refracture prevention

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. แพทย์หญิงปรีเปรม ศรีหล่มศักดิ์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบึงกาฬ
2. นายก้อนคำ พลวงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
3. นางรัตติกาล ดรุณ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
   กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
   เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 042-492046 ต่อ 107

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด **(√) เชิงปริมาณ** **( ) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 31. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง
1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงจาก Community-acquired (น้อยกว่าร้อยละ 24)
2. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงจาก Hospital-acquired (น้อยกว่าร้อยละ 50)

ตัวชี้วัดย่อย :
1. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)
2. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ตั้งแต่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)
3. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml./kg. ภายใน 1 ชั่วโมงแรก (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)

ค่าน้ำหนัก 2.5
หน่วยการวัด ร้อยละ

คำนิยาม ติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) คือ ภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิตซึ่งเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย โดยผู้ป่วยติดติดเชื้อแบคทีเรียที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย จากนั้นเชื้อแบคทีเรียซึมเข้าสู่กระแสเลือด หากไม่ได้รับการรักษาทันที อาจอักเสบทั่วร่างกาย ซึ่งทำให้ลิ่มเลือดอุดตันการลำเลียงออกซิเจนไปยังอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย เมื่อไม่ได้รับออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงอย่างเพียงพอ การทำงานของอวัยวะส่วนนั้นจึงล้มเหลว ซึ่งถือเป็นอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ร้ายแรง ทั้งนี้ อาจมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดถึงร้อยละ 50 เสียชีวิตจากภาวะดังกล่าว ผู้ที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยด่วน

1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย ภาวะSevere sepsis หรือ Septic shock

1.1 ผู้ป่วย Severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ Tissue Hypoperfusion หรือ Organ Dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ Hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน 4.2-4.4

1.2 ผู้ป่วย Septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี Hypotension ต้องใช้ Vasopressors ในการ Maintain MAP ≥65 mmHg และมีค่า Serum lactate level >2 mm.mol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

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

2.1 อัตราตายจาก community-acquired sepsis

2.2 อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis

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

3.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป (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 ข้อขึ้นไป (ตารางที่ 3)

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

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

4. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การท้างานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community- acquired	ร้อยละ	19.03	20.26	21.48
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงจาก Hospital-acquired	ร้อยละ	NA	NA	NA

เกณฑ์เป้าหมาย

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community- accquired น้อยกว่าร้อยละ 24	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community- accquired น้อยกว่าร้อยละ 24	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community- accquired น้อยกว่าร้อยละ 24	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community- accquired น้อยกว่าร้อยละ 24
รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงจาก Hospital-acquired น้อยกว่าร้อยละ 50	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงจาก Hospital-acquired น้อยกว่าร้อยละ 50	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงจาก Hospital-acquired น้อยกว่าร้อยละ 50	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงจาก Hospital-acquired น้อยกว่าร้อยละ 50

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงในกลุ่ม Community-acquired และ Hospital-acquired

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. รายงานจำนวนป่วยและเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง Community - acquired ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 ของโรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัดบึงกาฬ โดยใช้การประเมินข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

https://bkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=144fdf97a756b3f82dce197287e06316&id=00366a85bd3c2b6932a228df29137252

2. คลังข้อมูล สสจ.บึงกาฬ V2

https://bkhdc.moph.go.th/ssjweb/bkdatacenter_v2/web/index.php

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

รายการข้อมูล : A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (Dead) จากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด 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)

B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (Against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น

C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (Against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น

D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $\frac{(A+C) \times 100}{D}$

2. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired

รายการข้อมูล : A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (Dead) จากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (Complication) และลง Y95; nosocomial condition ไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5)

B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (Against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และลง Y95; nosocomial condition ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น

C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (Against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และลง Y95; nosocomial condition ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น

D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และลง Y95; nosocomial condition ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $\frac{(A+C) \times 100}{}$

3. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

รายการข้อมูล : A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $\frac{A \times 100}{B}$

หมายเหตุ : ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่ โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง แล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่ามีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

4. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล

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

รายการข้อมูล : A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง
B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $\frac{A \times 100}{B}$

5. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml./kg. ภายใน 1 ชั่วโมงแรก

หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 liter ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังการวินิจฉัย

รายการข้อมูล : A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid 30 ml./kg. ภายใน 1 ชั่วโมงแรก
B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $\frac{A \times 100}{B}$

ระยะเวลาการประเมินผล รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมินผล

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community- acquired				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
< ร้อยละ 36	< ร้อยละ 33	< ร้อยละ 30	< ร้อยละ 27	< ร้อยละ 24

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital- acquired				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
< ร้อยละ 62	< ร้อยละ 59	< ร้อยละ 56	< ร้อยละ 53	< ร้อยละ 50

อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90

อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90

อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml./kg. ภายใน 1 ชั่วโมงแรก				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90

วิธีการประเมินผล

1. ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กลุ่มรายงานมาตรฐาน >>ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาอายุรกรรม >> อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

https://bkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=144fdf97a756b3f82dce197287e06316&id=00366a85bd3c2b6932a228df29137252

2. คลังข้อมูล สสจ.บึงกาฬ V2 >> เมนูรายงาน รายงานข้อมูลด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ >> Sepsis

https://bkhdc.moph.go.th/ssjweb/bkdatacenter_v2/web/index.php

3. เอกสารรายงานข้อมูลผู้ป่วย sepsis ของหน่วยบริการ

เอกสารสนับสนุน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.กฤษฎา บัวประชา ตำแหน่ง : นายแพทย์ชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 1161-3
   โทรศัพท์มือถือ : 08 3906 8885
   สถานที่ทำงาน : โรงพยาบาลบึงกาฬ
2. นางรัตติกาล ดรุณ ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 107
   โทรศัพท์มือถือ : 08 6656 6620
   สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
3. นายก้อนคำ พลวงค์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 107
   หมายเลขโทรศัพท์ 08 1975 1731
   สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 3

Excellent

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 32. องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
ค่าน้ำหนัก -2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม **องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ** หมายถึง หน่วยงานมีการพัฒนาคนให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายของหน่วยงานอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อม ต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบ ได้แก่ คนทำงาน มีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และมีการทำงานเป็นทีม

ความสุขในการทำงาน ประกอบด้วย 9 มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพกายดี (Happy Body) มิติผ่อนคลายดี (Happy Relax) มิติน้ำใจดี (Happy Heart) มิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul) มิติครอบครัวดี (Happy Family) มิติสังคมดี (Happy Society) มิติใฝ่รู้ดี (Happy Brain) มิติสุขภาพเงินดี (Happy Money) และมิติการงานดี (Happy Work-Life) รวมทั้งมิติความผูกพัน (Happy Engagement) และมิติสมดุลชีวิตกับการทำงาน (Happy Work Life Balance) โดยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	จำนวน	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ 1 หน่วยงาน	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ 1 หน่วยงาน	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ 8 หน่วยงาน

เกณฑ์เป้าหมาย

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
-	ดำเนินกิจกรรม 5 กิจกรรม	-	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

กิจกรรมการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

1. ผู้บริหารมีการนำองค์กรสู่องค์กรแห่งความสุข อย่างน้อย 1 กิจกรรม

- ผู้บริหาร/ทีมนำองค์กรมีการกำหนดวิสัยทัศน์ นโยบายองค์กรแห่งความสุข
- ผู้บริหาร/ทีมนำองค์กรถ่ายทอดนโยบายองค์กรแห่งความสุขไปยังบุคลากรทุกระดับ
- ผู้บริหาร/ทีมนำองค์กรมีการสนับสนุนกระบวนการพัฒนาบุคลากรในองค์กร ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร
- ผู้บริหาร/ทีมนำองค์กรมีการสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเสริมสร้างให้คนทำงานมีความสุขที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์

- ผู้บริหาร/ทีมนำองค์กรมีการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข

2. องค์การมีนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการนำไปสู่องค์กรแห่งความสุข อย่างน้อย 1 กิจกรรม

- มียุทธศาสตร์และแผนองค์กรแห่งความสุข
- มีโครงการส้รงการทำงาน หรือคณะกรรมการ หรือคณะทำงาน หรือผู้รับผิดชอบงานสร้างสุข
- มีกิจกรรมหรือการดำเนินงานตามแผนองค์กรแห่งความสุข
- มีการวัดและการประเมินความสุขระดับบุคลากรและระดับองค์กร
- มีการพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องที่เชื่อมโยงกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร

3. สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขและความปลอดภัยในการทำงาน อย่างน้อย 1 กิจกรรม

- มีการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงาน
- มีการส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงาน
- มีการสร้างบรรยากาศให้คนมีความสุขในการทำงาน ความผูกพันในองค์กร และการทำงานเป็นทีม
- มีกิจกรรมส่งเสริมให้คนมีความสุขในการทำงาน ความผูกพันในองค์กร และการทำงานเป็นทีม
- มีการสนับสนุนให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน (Work Life Balance)

4. การสื่อสารและการจัดการความรู้ของบุคลากร อย่างน้อย 1 กิจกรรม

- บุคลากรในหน่วยงานสามารถแสดงความคิดเห็นในการทำงาน
- มีการเปิดโอกาสหรือมีช่องทางในการสื่อสารจากบุคลากรถึงผู้บริหารหรือทีมนำองค์กร
- มีการจัดการข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสารภายในหน่วยงาน
- มีการจัดการองค์ความรู้ (Knowledge Management : KM) ในหน่วยงาน
- มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทักษะการทำงานและการปรับปรุงผลงานเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร

5. เรื่องราวของความสำเร็จ (Success Story) การขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข อย่างน้อย 1 กิจกรรม

- บทสรุปผู้บริหารในการพัฒนาและขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข
- สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หน่วยงานสังกัด รพช. และ สสอ. (รวม รพ.สต.)

วิธีจัดเก็บข้อมูล หน่วยงานจัดส่งผลการดำเนินงานองค์กรแห่งของหน่วยงาน มายังกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ hr_buengkan@hotmail.com

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

ระยะเวลาการประเมินผล **ไตรมาส 2** การดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ 5 กิจกรรม
ไตรมาส 4 จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

(A/B) x 100

A = จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับอำเภอ

B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดในแต่ละอำเภอ

เกณฑ์การประเมินผล

ไตรมาส 2 มีการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ 5 กิจกรรม

การดำเนินงาน	กิจกรรม 1	กิจกรรม 2	กิจกรรม 3	กิจกรรม 4	กิจกรรม 5
คะแนน	1	2	3	4	5

ไตรมาส 4 องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	50%	**100%**
คะแนน	2.5	**5**

วิธีการประเมินผล -

เอกสารสนับสนุน เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายอำนาจ สุวรรณไตร นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492-046 โทรศัพท์มือถือ : -
2. นายอนุทิน ปัดมะนัด นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492-046 โทรศัพท์มือถือ : -

กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์ (Strength)
ลักษณะตัวชี้วัด **(✓) เชิงปริมาณ** **( ) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 33.สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS

1. ร้อยละสถานบริการระดับ รพท.ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)
2. ร้อยละสถานบริการระดับ รพช.ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)
3. ร้อยละสถานบริการระดับ รพท/รพช.ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)

ค่าน้ำหนัก 5
หน่วยการวัด
คำนิยาม

การพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart service) คือ การพัฒนาสถานบริการให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนต่อการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมที่มีความทันสมัยมาปรับปรุงโครงสร้าง การจัดบริการรูปแบบใหม่ที่มีความปลอดภัยทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ ลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงานและสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ดังนี้

1. สิ่งแวดล้อมดี (Environment) : การคำนึงถึงผลกระทบของสถานบริการทั้งภายในและภายนอก ภายใต้การบริหารจัดการที่คำนึงถึงความปลอดภัย การเยียวยาและลดผลกระทบต่อชุมชน

2. ความทันสมัย (Modernization) : การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ ในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพอย่างเหนือความคาดหมายของผู้รับบริการ และเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

3. บริการด้วยหัวใจ (Smart service) : การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่มีข้อจำกัด เรื่องขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน และเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้รับบริการ จนเกิดผลตอบรับด้วยความพึงพอใจและความรู้สึกพิเศษ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
สถานบริการ ระดับ รพท.ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)	ร้อยละ	N/A	N/A	100
สถานบริการ ระดับ รพช.ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)	ร้อยละ	N/A	N/A	100

เกณฑ์เป้าหมาย

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) ร้อยละ40	1.ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) ร้อยละ 50	1.ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) ร้อยละ 60	1.ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) ร้อยละ 70

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
2. ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The best) ร้อยละ 50	2.ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The best) ร้อยละ 60	2.ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The best) ร้อยละ 70	2.ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The best) ร้อยละ 80

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8 แห่ง แบ่งเป็น

- กลุ่มระดับ รพท. จำนวน 1 แห่ง
- กลุ่มระดับ รพช. จำนวน 7 แห่ง

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS และจัดส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกเดือน
2. สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลลงในแบบรายงานผล และจัดส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไตรมาสที่ 3 และไตรมาสที่ 4

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 7 แห่ง

รายการข้อมูล 1

A1 = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)

A2 = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)

A3 = จำนวนสถานบริการต้นแบบของจังหวัดบึงกาฬ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)

รายการข้อมูล 2

B1 = สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ รพท. จำนวน 1 แห่ง

B2 = สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ รพช. จำนวน 7 แห่ง

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

ร้อยละสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)

1. ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)
   สูตรการคำนวณ คือ (A1/B1) x 100
2. ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)
   สูตรการคำนวณ คือ (A2/B2) x 100
3. จำนวนสถานบริการต้นแบบของจังหวัดบึงกาฬ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)
   สูตรการคำนวณ คือ A3

ระยะเวลาการประเมินผล 12 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1.คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนา	1.พัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS	1.พัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS	1.พัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS	1.พัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
สถานบริการระดับอำเภอ 2. มีแนวทางการดำเนินงานพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS 3. มีเกณฑ์ประเมินการดำเนินงานพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS ระดับขั้นพื้นฐาน (The must) และขั้นสูง (The best)	สอดคล้องกับบริบทตนเอง 2.พัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS โดยแบ่งกลุ่มการพัฒนา ดังนี้ - กลุ่มระดับ รพท. จำนวน 1 แห่ง - กลุ่มระดับ รพช. จำนวน 7 แห่งในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	โดยแบ่งกลุ่มการพัฒนา ดังนี้ - กลุ่มระดับ รพท. จำนวน 1 แห่ง - กลุ่มระดับ รพช. จำนวน 7 แห่ง ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับขั้นสูง (The best) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	โดยแบ่งกลุ่มการพัฒนา ดังนี้ - กลุ่มระดับ รพท. จำนวน 1 แห่ง - กลุ่มระดับ รพช. จำนวน 7 แห่ง ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับขั้นสูง (The best) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	แบ่งกลุ่มการพัฒนา ดังนี้ - กลุ่มระดับ รพท. จำนวน 1 แห่ง - กลุ่มระดับ รพช. จำนวน 7 แห่ง ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับขั้นสูง (The best) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล

1. สถานบริการประเมินตนเองตามเกณฑ์การพัฒนาการดำเนินงานสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS

2. คณะกรรมการประเมินผล ระดับจังหวัดให้คำแนะนำและการรับรองตามเกณฑ์การพัฒนาการดำเนินงานสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS

3. ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส

เอกสารสนับสนุน

เกณฑ์การพัฒนาการดำเนินงานสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ด้านความทันสมัย (Modernization) และด้านการบริการด้วยหัวใจ (Smart service) ในระดับพื้นฐาน (The must) และระดับขั้นสูง (The best)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายก้อนคำ พลวงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
2. นางสาวนุสรา หูไธสง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

เบอร์โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 107

ยุทธศาสตร์ที่ 4

Excellent

ยุทธศาสตร์ที่ 4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence**)**
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ (....) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 34. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3

1 ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3

2 ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3

ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ รพท. / รพช. ผ่านการรับรองมาตรฐานที่กำหนด หมายถึง โรงพยาบาล(รพท.รพช.) ที่พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด และได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด

HA : Hospital Accreditation หมายถึง การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบงานภายในของโรงพยาบาล อย่างเป็นระบบและพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มีการ ประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) แบ่งกระบวนการรับรองเป็น ๓ ขั้น ดังนี้

- **HA ขั้น 1** หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยงนำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหา ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง
- **HA ขั้น 2** หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย /กระบวนการ /พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย /ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HAได้ตามเกณฑ์ขั้นที่ 2

HA ขั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้ /ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

<u>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</u>

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
	ร้อยละ	100	100	100

<u>เกณฑ์เป้าหมาย</u> <u>เป้าหมายระดับจังหวัด</u>

1. โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดบึงกาฬผ่าน HA ร้อยละ 100
2. โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบึงกาฬ ผ่าน HA ร้อยละ90
3. ผ่านการรับรอง Re – Accreditation ร้อยละ 100

เป้าหมายระดับอำเภอ

- โรงพยาบาลผ่านเป้าหมายการดำเนินงาน 5 คะแนน

โดยมีรายละเอียดการให้คะแนนดังนี้

หัวข้อประเมิน (คะแนน)

1. โรงพยาบาลผ่านการประเมินหรือรักษาสภาพการผ่านการประเมินโรงพยาบาลคุณภาพ HA (1 คะแนน)
    - ขั้น 3 (1 คะแนน)
    - ขั้น 2 (0.7 คะแนน)
    - ขั้น 1 (0.5 คะแนน)
    - ไม่มีการดำเนินงาน (0 คะแนน)
2. มี CQI, ระบบงาน, กระบวนการดูแลผู้ป่วย อย่างน้อย 6 เรื่อง (1 คะแนน)
    - รอบที่ 1 จำนวนอย่างน้อย 6 เรื่อง (อาจจะอยู่ในกระบวนการ)
    - รอบที่ 2 จำนวนอย่างน้อย 6 เรื่องและมีผลลัพธ์ชัดเจน
3. มีงานวิจัยจากงานประจำอย่างน้อย 1 เรื่อง (1 คะแนน)
    - ร่วมนำเสนอเวทีระดับจังหวัดขึ้นไป (1 คะแนน)
    - ร่วมนำเสนอเวทีระดับอำเภอ (0.7 คะแนน)
    - ร่วมนำเสนอเวทีระดับโรงพยาบาล (0.5 คะแนน)

๔. มี Clinical tracer จำนวนอย่างน้อย 15 เรื่อง (1 คะแนน)

- มากกว่าหรือเท่ากับ 15 เรื่อง (1 คะแนน)
- 10-14 เรื่อง (0.7 คะแนน)
- 5-10 เรื่อง (0.5 คะแนน)
- น้อยกว่า 10 เรื่อง (0 คะแนน)

5. โรงพยาบาลมีการเก็บตัวชี้วัดครบทั้ง 6 หมวด และมีการวิเคราะห์เป็นปัจจุบัน (1 คะแนน)

คะแนนที่ได้ ..... คะแนน (เต็ม 5 คะแนน)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : โรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ
โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง ในจังหวัดบึงกาฬ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จัดทำเอกสารการประเมินตนเอง
รวบรวมตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพทั้ง 6 หมวด
รวบรวมเอกสารกิจกรรมเอกสารการทบทวน / การพัฒนาคุณภาพบริการ/การบริหารความเสี่ยง จากการผ่านประเมินโรงพยาบาลคุณภาพ HA
จาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ(องค์การมหาชน)

แหล่งข้อมูล /สูตรคำนวณ เอกสารการประเมินตนเองที่ได้ดำเนินการในช่วงระยะเวลาที่ใบประกาศรับรองจาก สรพ. หรือข้อมูลจากเว็บไซด์สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ(องค์การมหาชน) www.ha.or.th/สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัดบึงกาฬที่มีผลการรับรองขั้น 3 + Reaccredit

B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งหมดในจังหวัดบึงกาฬ

C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบึงกาฬรับรองขั้น 3 + Reaccredit

D = โรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดในจังหวัดบึงกาฬ

1. (A/B) x 100

2. (C/D) x 100

ระยะเวลาประเมินผล รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมินผล

6 เดือนแรก (ต.ค.65 – มี.ค.66)

1. โรงพยาบาลผ่านเป้าหมายการดำเนินงาน 5 คะแนน

2. โรงพยาบาล ที่เตรียมความพร้อมรับ Re – Accreditation เพื่อขอต่ออายุ ได้แก่ โรงพยาบาลบุ่งคล้า (Re1) โรงพยาบาลปากคาด (R4) และโรงพยาบาลเซกา(R2) ได้รับการประเมิน Re – Accreditation เพื่อขอต่ออายุ ร้อยละ 100 และโรงพยาบาลที่ต้องเตรียมส่งเอกสารเพื่อขอยื่นต่ออายุการรับรอง ได้แก่ โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลศรีวิไล และโรงพยาบาลโซ่พิสัย

12 เดือน (1 ต.ค. 65 – ก.ย.66)

1. โรงพยาบาลผ่านเป้าหมายการดำเนินงาน 5 คะแนน

2. โรงพยาบาลในกลุ่มเป้าหมายได้รับการเยี่ยมสำรวจผ่านการรับรองการประเมิน Re – Accreditation เพื่อขอต่ออายุ ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานผ่านประเมินโรงพยาบาลคุณภาพ HA

เอกสารสนับสนุน ข้อมูลจากเว็บไซด์สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ(องค์การมหาชน) www.ha.or.th/ สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

ผู้ประสานงาน 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

ยุทธศาสตร์ที่ **4.** ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence**)**
ประเภทตัวชี้วัด Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 35. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
ค่าน้ำหนัก **2**
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นไปภายใต้แนวคิดเปิดเผยมากขึ้น โปร่งใสมากขึ้น (More open, to more Transparency) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการทุกมิติของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน กำหนดเป็นตัวชี้วัดสำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินตามแบบวัดการประเมินข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open data integrity and Transparency Assessment : MOIT) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้เสีย ผู้รับบริการประชาชนเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์ของหน่วยงานได้ ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามที่ปฏิทินกำหนดจำแนกเป็น 9 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (1) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (2) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (3) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (4) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (5) ตัวชี้วัดการรับสินบน (6) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (7) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต (8) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และ (9) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2562	2563	2564	2565
ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA		90	90	92	92

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย **รวมทั้งสิ้น 17 แห่ง จำแนกเป็น**

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 แห่ง
2. โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง
3. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 8 แห่ง

วิธีจัดเก็บข้อมูล 1. จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมายที่ตอบคำถามตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment System : MOIT) ลงในระบบ MIATS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูลบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน

2. คะแนนการประเมินตนเองตามรอบการประเมิน 4 ไตรมาส ในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาส 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาส 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาส 4 รอบ 12 เดือน (เดือนกันยายนของทุกปี)

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1. รายงานข้อมูล A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 92 (ใน 1 ปี)

2. รายงานข้อมูล B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA (17 หน่วยงาน)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด $\frac{A}{B} \times 100$

ระยะเวลาการประเมินผล 1. ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment System : MOIT) ลงในระบบ MIATS (Integrity and Transparency Assessment System)

1. ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี)
2. ไตรมาส 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี)
3. ไตรมาส 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี)
4. ไตรมาส 4 รอบ 12 เดือน (เดือนกันยายนของทุกปี)

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 :

หน่วยงานจำนวน 17 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงประเมินเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment System : MOIT) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 และไตรมาส 4 ดังนี้

ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาส 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาส 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี)
และไตรมาส 4 รอบ 12 เดือน (เดือนกันยายนของทุกปี)

เกณฑ์การให้คะแนน:

การประเมินผลไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี)

Small Success : ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ MOIT1- MOIT5

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3(5) วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)

เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
1 ข้อ (MOIT)	2 ข้อ (MOIT)	3 ข้อ (MOIT)	4 ข้อ (MOIT)	5 ข้อ (MOIT)

ระดับความสำเร็จ (Milestone) ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน 1 ข้อ (ของ MOIT1- MOIT5)
2	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน 2 ข้อ (ของ MOIT1- MOIT5)
3	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง และการจัดซื้อพัสดุ จำนวน 3 ข้อ (ของ MOIT1- MOIT5)
4	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง และการจัดซื้อพัสดุ จำนวน 4 ข้อ (ของ MOIT1- MOIT5)
5	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง และการจัดซื้อพัสดุ จำนวน 5 ข้อ (ของ MOIT1- MOIT5)

การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (MOIT1- MOIT22)

ค่าเป้าหมายคือระดับ 3 ร้อยละ 82

หน่วยงานต้องผ่านเกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ 2 ≥ ร้อยละ 60 (ประมาณการจำนวน 14 ข้อ)

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน+/-ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
-	-	**82**	87	92

การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-มิถุนายน ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (MOIT1- MOIT22)

ค่าเป้าหมายคือระดับ 4 ร้อยละ 87

หน่วยงานต้องผ่านเกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ 3 ≥ ร้อยละ 75 (ประมาณการจำนวน 17 ข้อ)

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน+/-ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
-	-	82	**87**	92

การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (MOIT1- MOIT22)

ค่าเป้าหมายคือระดับ 5 ร้อยละ 92

หน่วยงานต้องผ่านเกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ 4 ≥ ร้อยละ 90 (ประมาณการจำนวน 20 ข้อ)

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน+/-ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

เอกสารสนับสนุน :

1.แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment System : MOIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช

2. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายมีชัย สุวรรณไตร หัวหน้ากลุ่มกฎหมาย
2. นางสาวธาราทิพย์ แสงสว่าง นิติกร

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492-046 ต่อ 108 โทรศัพท์มือถือ : 082-232639

โทรสาร : 042-492-001

ยุทธศาสตร์ที่ 4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 36. หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง และ ไม่มีภาวะวิกฤติการเงินรุนแรง (Risk Score<6) **(ค่าเป้าหมายส่วนกลาง : ร้อยละ รพ. ที่มีความเสี่ยงระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2 และ <u>ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4</u>)**
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ 100
คำนิยาม

<u>ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง</u> หมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานของ โรงพยาบาลเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง **(Total Performance Score)** อย่างน้อย 10.5 คะแนนขึ้นไป <u>และควบคุมภาวะวิกฤติทางการเงินไม่ให้ถึงขั้นรุนแรง (Risk Score < 6)</u> *ทั้งนี้ หากมีภาวะวิกฤติการเงิน* ***ต้องมีแผนปรับปรุงประสิทธิภาพ***และรายงานผลการแก้ไขปัญหาทางการเงินการคลังในประเด็นที่เฝ้าระวังประกอบด้วย

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	คะแนน
1.ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators)			10.0
1.1 ด้านการบริหารแผนการเงิน (Planfin) 2 คะแนน			2.0
	1.1.1 แผนรายได้	± 5%	1.0
	1.1.2 แผนค่าใช้จ่าย	± 5%	1.0
1.2 ด้านการบริหารต้นทุนบริการและค่าใช้จ่าย 2 คะแนน			2.0
	1.2.1 Unit Cost for OP	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	1.0
	1.2.2 Unit Cost for IP	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	1.0
	1.2.3 LC (ค่าแรง)	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	0.5
	1.2.4 MC (ค่ายา)	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	0.5
	1.2.5 MC (ค่า Lab)	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	0.5
	1.2. 6MC (ค่าเวชภัณฑ์)	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	0.5
1.3 ด้านการบริหารจัดการบัญชีและการเงิน 4 คะแนน			4.0
	ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้ายา&เวชภัณฑ์มิใช่ยา	≤ 90วัน	1.0
	ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC	≤ 60วัน	0.5
	ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ	≤ 60 วัน	0.5
	การบริหารสินค้าคงคลัง	≤ 3 เดือน	1.0
	คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น	100%	1.0
1.4 ด้านการบริหารสินทรัพย์ 2 คะแนน			2.0
	อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน	≥80% หรือเพิ่มขึ้น 5%	1.0
	Sum of AdjRW	เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. หรือเพิ่มขึ้น 5%	1.0

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	คะแนน
2.ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน			5.0
2.1	ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin)	เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	1.0
2.2	อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)	เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	1.0
2.3	ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital)	≥ 0	1.0
2.4	ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA)	≥ 0	1.0
2.5	Cash Ratio	≥ 0.8	1.0

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง (Total Performance Score)	**แห่ง**	3/9	8/9	3/9
หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 (≤ ร้อยละ 2)	**ร้อยละ**	0	0	0
หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 6 (≤ ร้อยละ 4)	**ร้อยละ**	0	0	0

เกณฑ์เป้าหมาย

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลทุกแห่งได้คะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง > 10.5 คะแนนและ Risk Score<6	โรงพยาบาลทุกแห่งได้คะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง > 10.5 คะแนนและ Risk Score<6	โรงพยาบาลทุกแห่งได้คะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง > 10.5 คะแนนและ Risk Score<6	โรงพยาบาลทุกแห่งได้คะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง > 10.5 คะแนนและ Risk Score<6

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาล

วิธีจัดเก็บข้อมูล

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยบริการได้คะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง < 7.5 คะแนน
2	หน่วยบริการได้คะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง > 7.5-9.0 คะแนน
3	หน่วยบริการได้คะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง > 9.0-10.4 คะแนน
4	หน่วยบริการได้คะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ≥ 10.5 คะแนน
5	หน่วยบริการได้คะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ≥ 10.5 คะแนน และRisk Score<6

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

A : คะแนนผลลัพธ์ตามเกณฑ์เฝ้าระวัง

ระยะเวลาการประเมินผล

รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 - ธันวาคม 2565 (สิ้นไตรมาส 1)

รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 - มิถุนายน 2566 (สิ้นไตรมาส 3)

เกณฑ์การประเมินผล

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
< 7.5 คะแนน	> 7.5-9.0 คะแนน	> 9.0-10.4 คะแนน	≥ 10.5 คะแนน	≥ 10.5 คะแนน และRisk Score<6

วิธีการประเมินผล

ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามเกณฑ์ประเมิน โดยใช้ข้อมูลจากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)

เอกสารสนับสนุน

1.แผนประมาณการรายได้-รายจ่าย (planfin) เทียบกับ รายงานทางการเงิน จากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)และแผนเงินบำรุงของหน่วยงาน

2.รายงานคุณภาพรายงานทางการเงิน จากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)

3.รายงานสถานะทางการเงินหน่วยบริการ จากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)

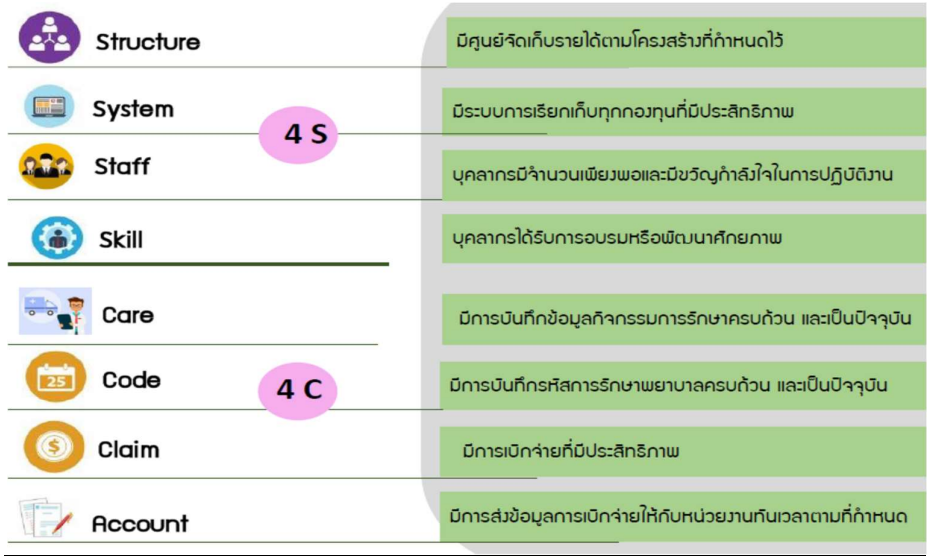
4.รายงาน/สรุปผลการดำเนินงานตามแผนการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง

5.รายงานข้อมูลบริการสุขภาพ OPPP- https://hdcservice.moph.go.th และ IP- https://cmi.moph.go.th

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายดนัย สุทธิพรไพศาลกุล กลุ่มงานประกันสุขภาพ โทร. 089-8415363
2. นางสาวรุ่งรัตน์ ธุระนนท์ กลุ่มงานประกันสุขภาพ โทร. 091-8617845
3. นางสาวกมลทิพย์ โคตรธรรม กลุ่มงานประกันสุขภาพ โทร. 093-4452582
4. นายวัชรพงษ์ เชื่อตาหมื่น กลุ่มงานประกันสุขภาพ โทร. 080-7268278
5. นางสาวปวีณา ยุบลไมย์ งานการเงินและบัญชี โทร. 089-9606838
6. นายอานันท์ จำปาแดง กลุ่มงานประกันสุขภาพ โทร. 095-6401182

ยุทธศาสตร์ที่ 4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) **เชิงปริมาณ** ( ) **เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 37. หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ (4S4C) ระดับดี (คะแนนประเมิน 81 คะแนนขึ้นไป) มากกว่าร้อยละ 90
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ หมายถึง ศูนย์จัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ระดับดีและดีมาก (คะแนนร้อยละ 81 ขึ้นไป)



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C)	ร้อยละ	NA	89.53	100

เกณฑ์เป้าหมาย

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
ศูนย์จัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C)	ศูนย์จัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C)	ศูนย์จัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C)	ศูนย์จัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาล

วิธีจัดเก็บข้อมูล

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ร้อยละ 51-60
2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ร้อยละ 61-70
3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ร้อยละ 71-80
4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ร้อยละ 81-90
5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ร้อยละ 91-100

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

A : คะแนนผลลัพธ์ตามแนวทาง/เกณฑ์เฝ้าระวัง

B : คะแนนผลลัพธ์ตามแนวทาง/เกณฑ์เฝ้าระวังทั้งหมด

(A/B) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล

รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 - ธันวาคม 2565 (สิ้นไตรมาส 1)

รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 - มิถุนายน 2566 (สิ้นไตรมาส 3)

เกณฑ์การประเมินผล

โดยมีคะแนนเต็ม **100** คะแนน 4S4C

36 ข้อ 72 คะแนน+On site CSMBS 14 ข้อ 28คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

GRADE	ระดับ	ช่วงคะแนน
A	ดีมาก	**91 – 100**
B	ดี	**81 – 90**
C	ปานกลาง	**61 – 80**
D	พอใช้	**51 - 60**
F	ปรับปรุง	น้อยกว่าหรือเท่ากับ **50** คะแนน

หมายเหตุ : ผลการตรวจราชการรอบ 2/65 คะแนนเฉลี่ยผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ 100 และผ่านเกณฑ์ประเมินข้อบกพร่อง (Defect) ระบบเบิกจ่าย UC และกรมบัญชีกลาง (ข้อบกพร่องน้อยกว่าร้อยละ 50) ตามเกณฑ์ดังนี้

1. Claims Missing น้อยกว่าร้อยละ 1 ต่อเดือน
2. Claims Delay มากกว่า 60 วันเท่ากับ 0
3. Claims Expiration มากกว่า 365 วันเท่ากับ 0
4. Error Inpatient Medical Audit (UC) น้อยกว่า ร้อยละ 10 ต่อครั้ง
5. Error Claim (C, Deny) น้อยกว่า ร้อยละ 10

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ 51-60	ร้อยละ 61-70	ร้อยละ 71-80	ร้อยละ 81-90	ร้อยละ 91-100

วิธีการประเมินผล ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามเกณฑ์ประเมินจากหลักฐานการดำเนินงานประกอบกับข้อมูลรายงานการส่งเบิกจากเว็บไซต์ของกองทุนที่เกี่ยวข้อง และรายงานในระบบบัญชี

เอกสารสนับสนุน

1. แบบประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C)
2. รายงานคุณภาพการจัดการข้อมูล E-claim จากเว็บไซต์ สปสช.เขต 8 อุดรธานี https://udonthani.nhso.go.th/mis_ora/ip_performance.php?acno=4 และhttps://udonthani.nhso.go.th/mis_hos/#/dashboard
3. รายงานจากโปรแกรมจัดเก็บรายได้ของหน่วยงาน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายดนัย สุทธิพรไพศาลกุล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	โทร. 089-8415363
2. นางสาวรุ่งรัตน์ ธุระนนท์	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	โทร. 091-8617845
3. นางสาวกมลทิพย์ โคตรธรรม	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	โทร. 093-4452582
4. นายวัชรพงษ์ เชื่อตาหมื่น	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	โทร. 080-7268278
5. นายอานันท์ จำปาแดง	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	โทร. 095-6401182

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการ (BK Governance)
ประเภทตัวชี้วัด **ยุทธศาสตร์**
ลักษณะตัวชี้วัด **(/) เชิงปริมาณ** **( ) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 38. ร้อยละของรพ.สต.และหน่วยบริการ PCU/NPCU ที่มีความสำเร็จของจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) บูรณาการบริการเชื่อมโยงปฐมภูมิและ 3 หมอ
ค่าน้ำหนัก 5
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

การจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) บูรณาการบริการเชื่อมโยงปฐมภูมิและ 3 หมอ หมายถึง การจัดบริการดูแลจัดบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) DM/HT จิตเวช CKD และบริการอื่น ๆ ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยเรื้อรัง (DM/HT CKD) ผู้ป่วยจิตเวชให้ได้รับการพบแพทย์ รับการรักษาและคำแนะนำให้การดูแลตนเอง เจ้าหน้าที่ รพ.สต. นำร่อง ปี 2564 และ 2565 และแห่งอื่น ๆ ที่มีความพร้อม (10 แห่ง) และหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) (29 แห่ง) ได้ปรึกษารับคำแนะนำจากแพทย์ ทั้งนี้ การจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย ผ่านระบบ Telemedicine ประกอบด้วย

1.การประชุมชี้แจงนโยบายแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์/พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ

2.พื้นที่ดำเนินการ รพ.สต. นำร่อง ปี 2564 และ 2565 (10 แห่ง) หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) (29 แห่ง) และแห่งอื่น ๆ ที่มีความพร้อม

3.การเตรียมความพร้อมของระบบ ได้แก่ การเชื่อมโยงและเข้าถึงข้อมูลจากฐานข้อมูล HosXP on Cloud อุปกรณ์เชื่อมต่อระบบ Conference System, Line Group)

4.ประชุมผู้เกี่ยวข้องกำหนดรูปแบบการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) บูรณาการบริการเชื่อมโยงปฐมภูมิและ 3 หมอ

5.จัดระบบบริการต่อเนื่องดูแลจัดบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) DM/HT จิตเวช CKD และบริการอื่น ๆ ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยเรื้อรัง (DM/HT CKD) ผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อยเดือนละครั้ง

6.กำกับ รายงาน ติดตาม ประเมินผลและดูแลระบบ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละของรพ.สต.และหน่วยบริการ PCU/NPCU ที่มีความสำเร็จของจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) บูรณาการบริการเชื่อมโยงปฐมภูมิและ 3 หมอ	ร้อยละ	NA	NA	50.0

เกณฑ์เป้าหมาย เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 60

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ประชุมผู้เกี่ยวข้องกำหนดรูปแบบการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย DM/HT ผ่านระบบ Telemedicine NCDs on Cloud 2. พัฒนาความพร้อมของระบบ (เชื่อมโยงข้อมูล, Conference System, Line Group) 3. ทดลองระบบและจัดบริการ	1. ทดลองระบบและจัดบริการ 2. กำกับ ติดตามและดูแลระบบ 3. ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการPCU/NPCU ที่มีความสำเร็จของจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) บูรณาการบริการเชื่อมโยงปฐมภูมิและ 3 หมอ ร้อยละ 50	1. จัดบริการต่อเนื่อง 2. กำกับ ติดตามและดูแลระบบ 3. ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการ PCU/NPCU ที่มีความสำเร็จของจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) บูรณาการบริการเชื่อมโยงปฐมภูมิและ 3 หมอ ร้อยละ 55	1. จัดบริการต่อเนื่อง 2. กำกับ ติดตามและดูแลระบบ 3. ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการ PCU/NPCU ที่มีความสำเร็จของจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) บูรณาการบริการเชื่อมโยงปฐมภูมิและ 3 หมอ ร้อยละ 60

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1.รพ.สต. นำร่อง ปี 2564 และ 2565 (10 แห่ง) และแห่งอื่น ๆ ที่มีความพร้อม

2. หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) (29 แห่ง)

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1.จากการติดตามประเมินในพื้นที่ (site visit) 2 รอบ

2.การบันทึกรายงานในระบบโปรแกรมฐานข้อมูล HosXP และ HosXP PCU โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. เอกสารรายงานการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. ข้อมูลบันทึกข้อมูลการบันทึกข้อมูล: ผ่านโปรแกรม e –Claim

แหล่งข้อมูล

1.จากการติดตามประเมินในพื้นที่ (site visit) 2 รอบ

2.โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บันทึกรายงานในระบบโปรแกรมฐานข้อมูล HosXP และ HosXP PCU

สูตรการคำนวณ

A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นำร่อง) และหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นำร่อง) และหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) เป้าหมายทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด $\frac{A}{B} \times 100$

ระยะเวลาการประเมินผล รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ประชุมผู้เกี่ยวข้อง กำหนดรูปแบบการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย DM/HT ผ่านระบบ Telemedicine NCDs on Cloud 2. พัฒนาความพร้อมของระบบ (เชื่อมโยงข้อมูล, Conference System, Line Group) 3. ทดลองระบบและจัดบริการ	1. ทดลองระบบและจัดบริการ 2. กำกับ ติดตามและดูแลระบบ 3. ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการ PCU/NPCU ที่มีความสำเร็จของจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) บูรณาการบริการเชื่อมโยงปฐมภูมิและ 3 หมอ ร้อยละ 50	1. จัดบริการต่อเนื่อง 2. กำกับ ติดตามและดูแลระบบ 3. ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการ PCU/NPCU ที่มีความสำเร็จของจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) บูรณาการบริการเชื่อมโยงปฐมภูมิและ 3 หมอ ร้อยละ 55	1. จัดบริการต่อเนื่อง 2. กำกับ ติดตามและดูแลระบบ 3. ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการ PCU/NPCU ที่มีความสำเร็จของจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) บูรณาการบริการเชื่อมโยงปฐมภูมิและ 3 หมอ ร้อยละ 60

วิธีการประเมินผล

<u>รอบที่ 1</u> (รอบ 6 เดือน)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50

<u>รอบที่ 2</u> (รอบ 12 เดือน)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60

เอกสารสนับสนุน

1.คู่มือการใช้งานระบบ

2. เอกสารรายงานการประชุม และอบรมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

นายประเสริฐ บินตะคุ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

โทรศัพท์มือถือ : 086-2258231 E-mail : epi.pkph@gmail.com

นายชยณัฐ สุวะมาตย์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

โทรศัพท์มือถือ : 081-8797793

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ 109 โทรสาร : 042-492001

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบการบริหารจัดการ
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 39. ร้อยละของหน่วยบริการมีระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีคุณภาพที่เชื่อถือได้สำหรับการบริหารจัดการระดับดีขึ้นไป
ค่าน้ำหนัก 3.5
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล,ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.)

สารสนเทศด้านสุขภาพ หมายถึง ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบ 43 แฟ้ม

43 แฟ้มมาตรฐาน หมายถึง ชุดข้อมูลที่ประมวลผลและส่งออกมาจากโปรแกรมบันทึกข้อมูล การให้บริการด้านสาธารณสุขของหน่วยงานโดยต้องมีความครบถ้วนสมบูรณ์ตามโครงสร้างฐานข้อมูลด้าน สุขภาพ Version2.4 ปีงบประมาณ 2565

คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล ด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ และสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจนเพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง มาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับ การใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล หมายถึง กระบวนการตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2566 ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้น ๆ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID)
2. ข้อมูลเพศ (SEX)
3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH)
4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION)
5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID)
   1.1 ไม่เป็นค่าว่าง
   1.2 ไม่เป็นเลข Generate
   1.3 ตรงตามหลัก Mod 11
2. ข้อมูลเพศ (SEX)
   - ตรงตามรหัสมาตรฐาน และสอดคล้องตามตารางอ้างอิง 1

3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH)

- รายละเอียดตามแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION)

4.1.ตรงตามรหัสมาตรฐาน และประชากรสัญชาติไทย ต้องสอดคล้องกับเลขบัตรประชาชน ดังนี้

4.1.1 เลขบัตรประชาชนไม่ขึ้นต้นด้วย 0

4.1.2 ไม่เป็นค่าว่าง

4.1.3 ไม่เป็นเลข Generate

4.1.4 ตรงตามหลัก Mod 11

5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE)

5.1 ตรงตามรหัสมาตรฐาน

การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตและโรคเบาหวาน

การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตและโรคเบาหวาน หมายถึงประชาชนที่ได้ถูกวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคความดันโลหิต รหัส ICD10 (I10-I15) และโรคเบาหวาน รหัส ICD10 (E10-E14) รายใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566 ต้องนำมาขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Version 2.4 ปีงบประมาณ 2565 ในแฟ้ม CHRONIC

ดิจิทัลไอดี (Digital Identity หรือ Digital ID) หมายถึง ชุดของข้อมูลหรือคุณลักษณะที่ รวบรวมและบันทึกในรูปแบบดิจิทัล เพื่อใช้ระบุตัวบุคคลในการทำธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ด้าน สุขภาพ ผ่านระบบการลงทะเบียนและพิสูจน์ตัวตนของระบบ Identity provider (IdP) เพื่อ ยกระดับการให้บริการแก่ประชาชนและช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ สามารถเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพของตนเอง แม้จะเข้ารับการรักษาจากหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง

ระบบ Identity provider (IdP) หมายถึง ระบบกลางสำหรับบริหารจัดการข้อมูล Digital ID เพื่อสนับสนุนกระบวนการทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ของบุคคลากร สาธารณสุข(บุคคลธรรมดา) และประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ ผ่าน แพลตฟอร์มหมอพร้อม เช่น การตรวจพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล (Electronic Know Your Customer : e KYC) ช่วยลดขั้นตอนในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้าน สุขภาพ ประหยัดเวลา ลดภาระในการติดต่อหรือใช้บริการจากหน่วยบริการภาครัฐ

*** ระบบ IdP ของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการสอดคล้องตามมาตรฐาน และผ่านการ พิจารณารับรองจาก

1. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Transactions Development Agency: ETDA ตาม “ประกาศข้อเสนอแนะมาตรฐานฯ ว่าด้วยการพิสูจน์และยืนยันตัวตน ทางดิจิทัล” และ

2. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.) หรือ Digital Government Development Agency (Public Organization) (DGA) ตาม มาตรฐานรัฐบาลดิจิทัล Digital Government Standard ว่าด้วย แนวทางการจัดทำกระบวนการและการดำเนินงาน ทางดิจิทัล เรื่องการใช้ดิจิทัลไอดีสำหรับบริการภาครัฐแล้ว

บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ /รายวัน/ จ้างเหมาบริการ) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กรม เขตสุขภาพ รพศ. รพท. และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับ ทุกสายงาน (อ้างอิงจากระบบฐานข้อมูล HROPS)

ประชาชน หมายถึง ประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัด ทุกคน

(อ้างอิงตามฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 1 เมษายน 2565)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละของหน่วยบริการมีระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีคุณภาพที่เชื่อถือได้สำหรับการบริหารจัดการระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ	75.57	63.33	67.14

เกณฑ์เป้าหมาย

ระดับจังหวัด/อำเภอ:

มีระบบติดตามความถูกต้องครบถ้วนทันเวลา(Monitoring data)ใช้ประโยชน์ข้อมูลบริการข้อมูลและหน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป (≥ร้อยละ 80) ร้อยละ 85

ระดับหน่วยบริการ : ผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป

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

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
ร□อยละ 70	ร□อยละ 75	ร□อยละ 80	ร□อยละ 85

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการทุกแห่งจำนวนทั้ง 73 แห่ง

โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง รพ.สต. 61 แห่ง ศสม. 1 แห่ง

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. ประมวลผลข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ข้อมูล 43 แฟ้ม
2. ประมวลผลข้อมูลจาก Cockpit Monitoring
3. การตรวจประเมินระดับจังหวัดโดยทีมตรวจประเมินระดับเขตและระดับ คปสอ. โดยทีมตรวจของจังหวัด
4. แบบประเมินตนเองของหน่วยบริการ (SAR)
5. ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกข้อมูลบริการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล (OP-PP individual records)

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

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)

เกณฑ์การประเมินผล

เกณฑ์การประเมิน :

จังหวัดประเมิน คปสอ.รอบ 6 เดือน รอบ 11 เดือน ช่วงการปรับเกณฑ์การให้ คะแนน +/- 5หน่วยต่อ 1 คะแนนโดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

☺ หน่วยบริการได้มาตรฐานสารสนเทศระดับดีขึ้นไปได้น้อยกว่าร้อยละ 65.00	1 คะแนน
☺ หน่วยบริการได้มาตรฐานสารสนเทศระดับดีขึ้นไปได้ร้อยละ 65.00–69.99	2 คะแนน
☺ หน่วยบริการได้มาตรฐานสารสนเทศระดับดีขึ้นไปได้ร้อยละ 70.00–74.99	3 คะแนน
☺ หน่วยบริการได้มาตรฐานสารสนเทศระดับดีขึ้นไปได้ร้อยละ 75.00–79.99	4 คะแนน
☺ หน่วยบริการได้มาตรฐานสารสนเทศระดับดีขึ้นไปได้ร้อยละ 80.00–100.00	5 คะแนน

<u>โดยที่เกณฑ์การให้คะแนนหน่วยบริการ: ทั้งหมด 100 คะแนน รายละเอียดดังนี้</u>

<u>1. ความทันเวลา 10 คะแนนหน่วยบริการ</u>

-ส่งข้อมูล 43 แฟ้มทุกวันทำการ 10 คะแนน

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

<u>2. ความถูกต้อง 10 คะแนน</u>

-ใช้คุณภาพข้อมูล OP/PPที่ตรวจโดย สปสช.เป็นตัวแทนความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดโดยใช้ทุกแฟ้มข้อมูล ที่สปสช.กำหนดให้ส่งและตรวจสอบความถูกต้อง

-ช่วงข้อมูลที่นำมาประเมินยึดวันที่ส่งข้อมูลไป สปสช.

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

<u>3. ลดความซ้ำซ้อนข้อมูลแฟ้ม Person 10 คะแนน</u>

การบันทึกแฟ้ม10คะแนนประเมินความถูกต้องความครอบคลุมประกอบด้วย

$$\text{คะแนน} = \frac{(2-\text{ร้อยละความซ้ำซ้อนแฟ้มPerson}) \times 10}{100}$$

*(ซ้ำซ้อนมากกว่าร้อยละ 2 ได้ 0 คะแนน)

4. ร้อยละการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตและโรคเบาหวาน 10 คะแนน

คะแนน = ประชาชนถูกวินิจฉัยโรค DMHT ได้ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic) x 10 / ประชาชนถูกวินิจฉีดโรค DMHTทั้งหมด

5. สถานบริการมีการอัพเดทโปรแกรม HosXP , HosXP_PCU(3.64.7.20) ให้เป็นปัจจุบัน 10 คะแนน

คะแนน = จำนวนสถานบริการมีการอัพเดทโปรแกรมให้เป็นปัจจุบันX10 / จำนวนสถานบริการทั้งหมดในอำเภอ

6. คุณภาพข้อมูลของแฟ้ม Person (10 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

คะแนน = จำนวนข้อมูลแฟ้ม person ที่ผ่านเกณฑ์ 5 ข้อตามเกณฑ์คุณภาพ 3 มิติ X 10 / จำนวนข้อมูลแฟ้ม person ทั้งหมดในหน่วยบริการ

7. ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มี ดิจิทัลไอดี เพื่อยืนยันการเป็นผู้ให้บริการ ≥ 80 ในแต่ละอำเภอ (20 คะแนน)

คะแนน = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอที่มีดิจิทัลไอดี มากกว่าร้อยละ 80 x 20 / จำนวนบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมดในอำเภอ

(อ้างอิงจากฐานข้อมูลกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

8. ร้อยละของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ≥ 25 ในแต่ละอำเภอ (20 คะแนน)

คะแนน = ประชาชนในอำเภอที่มีดิจิทัลไอดี มากกว่าร้อยละ 25 x 20 / จำนวนประชาชนรวมทุกสิทธิการรักษาในอำเภอ

(อ้างอิงจากฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 1 เมษายน 2565)

วิธีการประเมินผล

- ประเมินจากคุณภาพข้อมูลที่บันทึกตามคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566
- จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประเมินรายหน่วยบริการ/ราย จังหวัด
- จากผลการสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ประเมินจากการสมัครเข้าใช้ ดิจิทัลไอดี ของบุคลากรสาธารณสุขและประชากรในแต่ละอำเภอ

เอกสารสนับสนุน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นายกีรติ สวยสมเรียม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
มือถือ 081-9656549, E-mail: IT4SSJBK@GMAIL.COM
นายชยณัฐ สุวะมาตย์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
มือถือ 081-8797793, E-mail: MR.chayanut9@GMAIL.COM
นายดำรงศักดิ์ บุญพันธ์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
โทร. 042-492046 ต่อ 115 , E-mail: ITSSJBK@GMAIL.COM
นายสุริยงค์ สุระสาย นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
มือถือ 086-4831730 , E-mail: suriyong_cs115@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการ (BK Governance)
ประเภทตัวชี้วัด **ยุทธศาสตร์**
ลักษณะตัวชี้วัด **(/) เชิงปริมาณ** **( ) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 40. ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่ดำเนินงานพัฒนาตามระบบบริหารจัดการป้องกันและชะลอไตเสื่อม เพื่อลดการป่วยและการตายของโรคไตเรื้อรัง
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

ความสำเร็จของหน่วยบริการที่ดำเนินงานพัฒนาตามระบบบริหารจัดการป้องกันและชะลอไตเสื่อม เพื่อลดการป่วยและการตายของโรคไตเรื้อรัง หมายถึง หน่วยบริการ (โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ประกอบด้วยดำเนินกิจกรรม

1. การคัดกรอง เฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย CKD stage 3 A, 3B และ 4 (Chronic kidney disease CKD: N18) กลุ่มเสี่ยง
2. การพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อม ของโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ CKD clinic คุณภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
1.ร้อยละผู้ป่วย CKD stage 3 A, 3B และ 4 (Chronic kidney disease CKD: N18) มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/ 1.73 m2/yr	ร้อยละ	66.57	68.06	58.70
2.การพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อม ของโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ CKD clinic คุณภาพ	คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	NA	NA	NA

เกณฑ์เป้าหมาย

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการ (โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ประกอบด้วยดำเนินกิจกรรม 1.คัดกรอง เฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย CKD stage 3 A, 3B และ 4 (Chronic kidney disease CKD: N18) กลุ่มเสี่ยง 2. พัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อม ของโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ CKD clinic คุณภาพ	1.ร้อยละผู้ป่วย CKD stage 3 A, 3B และ 4 (Chronic kidney disease CKD: N18) มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/ 1.73 m2/yr ร้อยละ 67	1.ร้อยละผู้ป่วย CKD stage 3 A, 3B และ 4 (Chronic kidney disease CKD: N18) มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/ 1.73 m2/yr ร้อยละ 67	1.ร้อยละผู้ป่วย CKD stage 3 A, 3B และ 4 (Chronic kidney disease CKD: N18) มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/ 1.73 m2/yr ร้อยละ 67 2.การพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อม ของโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ CKD clinic คุณภาพ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1.ผู้ป่วย CKD stage 3 A, 3B และ 4 (Chronic kidney disease CKD: N18)

2. โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1.จากการติดตามประเมินในพื้นที่ (site visit) 2 รอบ

2.การบันทึกรายงานในระบบโปรแกรมฐานข้อมูล HosXP และ HosXP PCU โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. เอกสารรายงานการดำเนินงานจากฐานข้อมูล HDC และ Smart CKD Dashboard ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัฒนาขึ้น และ การประเมินพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อม ของโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ CKD clinic คุณภาพ การประเมินตนเอง โดยกรอกข้อมูลผ่าน google form ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬจัดทำขึ้น

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.ร้อยละผู้ป่วย CKD stage 3 A, 3B และ 4 (Chronic kidney disease CKD: N18) มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73 m^2/yr

A = จำนวนผู้ป่วย CKD stage 3 A, 3B และ 4 (Chronic kidney disease CKD: N18) มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73 m2/yr

B = จำนวนผู้ป่วย CKD stage 3 A, 3B และ 4 (Chronic kidney disease CKD: N18) ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด $\frac{A}{B} \times 100$

2. การพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อม ของโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ CKD clinic คุณภาพ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป การประเมินตนเอง โดยกรอกข้อมูลผ่าน google form ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬจัดทำขึ้น

ระยะเวลาการประเมินผล รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล

ตัวชี้วัด	**น้ำหนัก (ร้อยละ)**	**เกณฑ์ให้คะแนน**				
		1 คะแนน	**2 คะแนน**	**3 คะแนน**	**4 คะแนน**	**5 คะแนน**
1.ร้อยละผู้ป่วย CKD stage 3 A, 3B และ 4 (Chronic kidney disease CKD: N18) มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73 m^2/yr	55	≤55%	58%	61%	64%	≥67%
2.การพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อมของโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ CKD clinic คุณภาพ	45	คะแนน ≤ ร้อยละ 60	คะแนน ร้อยละ 65	คะแนน ร้อยละ 70	คะแนน ร้อยละ 75	คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป

หมายเหตุ ตัวชี้วัดที่ 2 การประเมินพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อม ของโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ CKD clinic คุณภาพ ประเมินโดยให้โรงพยาบาลประเมินตนเองโดยกรอกข้อมูลผ่าน google form ในเดือน กรกฎาคม 2566 ซึ่งจะประเมินให้คะแนนในรอบที่ 2

วิธีการประเมินผล

1.การบันทึกรายงานในระบบโปรแกรมฐานข้อมูล HosXP และ HosXP PCU โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. เอกสารรายงานการดำเนินงานจากฐานข้อมูล HDC

3. เอกสารรายงานการดำเนินงานจาก Smart CKD Dashboard ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬพัฒนาขึ้น

4.การประเมินพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อมของโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ CKD clinic คุณภาพ การประเมินตนเอง โดยกรอกข้อมูลผ่าน google form ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ จัดทำขึ้น

เอกสารสนับสนุน

1.คู่มือการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง

2. เอกสารรายงานการประชุม และอบรมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
นายประเสริฐ บินตะคุ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ : 086-2258231 E-mail : epi.pkph@gmail.com
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ 109 โทรสาร : 042-492001

การพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อมของโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ CKD clinic คุณภาพ

คำชี้แจง

เกณฑ์ที่ทำขึ้น เพื่อช่วยให้โรงพยาบาลใช้ในการประเมินตนเอง ในการดำเนินงาน คลินิกชะลอไตเสื่อม ซึ่งอาจแยกระบบบริการ หรืออาจบูรณาการรวมอยู่ในคลินิกต่างๆ เช่น คลินิกอายุรกรรม หรือ คลินิกเบาหวาน หรือ คลินิกความดันโลหิตสูง หรือ คลินิกโรคไต

กรอบการพัฒนา

กรอบการพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อม ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. องค์ประกอบการพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อม เป็นการพัฒนาแบบขั้นบันได (Milestone) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.ระบบข้อมูลและสารสนเทศทำงคลินิก, 2.มีการปรับ ระบบและกระบวนการบริการ, 3. การให้ความรู้และการสนับสนุนการจัดการตนเอง และ 4. จัดบริการ เชื่อมโยงชุมชน

2. นวัตกรรมที่เกิดขึ้น (ถ้ามี)

วิธีการดำเนินงาน

1. โรงพยาบาล ทำการพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อม และประเมินตนเองโดยกรอกข้อมูลผ่าน google form ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ จัดทำขึ้น ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2566

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ วิเคราะห์ผลการประเมินตนเอง และรายงานผลการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม โอกาสพัฒนา ปัญหาอุปสรรค เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนา ในช่วงเดือนกันยายน 2566

แบบประเมินการพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อมของโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ CKD clinic คุณภาพ
โรงพยาบาล ..... อำเภอ ..... จังหวัดบึงกาฬ

ส่วนที่ 1 องค์ประกอบการพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อม

องค์ประกอบ	เกณฑ์	ผลการประเมินตนเอง				
1.ระบบข้อมูลและสารสนเทศทางคลินิก	1.1 มีระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการ	ก. ไม่มี	ข.มีทะเบียนที่แสดงให้เห็นข้อมูลสำคัญรายบุคคล	ค.มีทะเบียนประชากรรายกลุ่มตามระยะของโรค	ง. มีการทบทวนปรับปรุงข้อมูลอย่างน้อยทุก 3 เดือน มีความถูกต้อง และมีคุณภาพ	จ. มีการนำผลที่ได้จากการปรับปรุงไปใช้ในการดำเนินงาน
	1.2 มีระบบสารสนเทศและข้อมูลที่เชื่อมโยง	ก.มีกำรจัดเก็บข้อมูลกระจายอยู่ในกลุ่มงานต่างๆ	ข.มีฐานข้อมูลกลางของ รพ. แต่ยังไม่สามารถให้บริการส่งออกข้อมูลให้ผู้ปฏิบัติงานใช้ร่วมกันได้	ค.มีการส่งออกให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติได้ใช้ร่วมกันได้	ง.มีการนำเข้าข้อมูลจากหน่วยงานภายในและสถานบริการลูกข่าย มาจัดเก็บเป็นฐานข้อมูลกลาง	จ.สามารถส่งออกข้อมูลให้กับสถานบริการลูกข่ายได้
	1.3 นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพงาน	ก. ไม่มีการวิเคราะห์ปัญหา	ข.มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดูแลรายบุคคล	ค.มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดูแลรายกลุ่ม	ง.มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสนับสนุนติดตามคุณภาพของระบบการดูแล	จ.มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวางแผนและจัดการปัญหา

องค์ประกอบ	เกณฑ์	ผลการประเมินตนเอง				
2.มีการปรับ ระบบและกระบวนการบริการ	2.1 ให้การบริการคัดกรอง ป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาสอดคล้องกับระยะของโรคไตเรื้อรัง โดยทีมสหวิชาชีพ	ก. มีการคัดกรองเพื่อประเมินระยะของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วย DM HT หรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคไตเรื้อรังเมื่อมีโอกาส	ข.มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง	ค.มีกิจกรรมการให้บริการที่สอดคล้องกับระยะของโรคและพฤติกรรมเสี่ยงรายบุคคลและรายกลุ่ม	ง.มีกิจกรรมการให้บริการ โดยทีมสหวิชาชีพ ในกำรดูแลผู้ป่วยที่คลินิกบริการ	จ.มีการติดตามและประเมินผลการให้บริการ
	2.2 มีผู้ประสานงานโรคเรื้อรัง (Case Manager /Coordinator) และทีมสหวิชาชีพในการดำเนินงาน	ก. ไม่มี	ข. ดำเนินงาน โดยมีพยาบาล CM ในการบริหารจัดการบริการดูแลในคลินิก	ค.มีทีมสหวิชาชีพ ในการดำเนินงาน แต่ไม่ได้ร่วมดำเนินงานที่คลินิก	ง.มีทีมสหวิชาชีพ ร่วมในการดำเนินงานที่คลินิก	จ.มีการประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
	2.3 มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง	ก. ไม่มี	ข.มีเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	ค.มีเครือข่ายหน่วยงานที่สังกัดภายนอกกระทรวงสำธารณสุข	ง.ชุมชนร่วมเป็นเครือข่ายในการดูแลโรคเรื้อรัง	จ. มีแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย ในชุมชน
	2.4 มีแนวเวชปฏิบัติดูแลรักษาสอดคล้องกับระยะของโรค	ก.ไม่มี	ข.มีแนวเวชปฏิบัติในการดำเนินงาน เช่น มาตรฐานการรักษา การสนับสนุนการดูแลตนเอง	ค.มีการชี้แจง/ฝึกอบรมผู้ให้บริการในการใช้แนวเวชปฏิบัติ	ง.มีการประเมินติดตามการใช้แนวเวชปฏิบัติ	จ.มีการทบทวนหรือประเมินคุณภาพและพัฒนาแนวเวชปฏิบัติ
	2.5 มีระบบพี่เลี้ยงและระบบที่ปรึกษาในการให้บริการ	ก. ไม่มี	ข.มีการให้คำปรึกษา แต่ไม่ได้กำหนดบุคคลผู้ในคำปรึกษา	ค.มีและกำหนดบุคคลผู้ในคำปรึกษาที่ชัดเจน	ง. มีช่องทางการสื่อสาร มีการปรึกษาอยู่เสมอ	จ.มีกลไกนำผลการให้คำปรึกษาเพื่อมาพัฒนางาน

องค์ประกอบ	เกณฑ์	ผลการประเมินตนเอง				
3. การให้ความรู้และการสนับสนุนการจัดการตนเอง	3.1 จัดระบบบริการสนับสนุนการตัดสินใจเพื่อวางแผนการดูแล การจัดการดูแลด้วยตนเอง	ก. ไม่มี	ข.มีแผนกิจกรรมกำให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ค.มีแผนการสนับสนุนการจัดการตนเอง แก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	ง.มีชมรมกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ไตเรื้อรัง/ผู้ดูแลพี่เลี้ยง หรือเพื่อนช่วยเพื่อน ร่วมดำเนินงานเพิ่มพลังความสามารถสนับสนุนการจัดการตนเอง	จ.มีการติดตามประเมินผลการสนับสนุนการจัดการตนเอง
	3.2 คืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแล เพื่อการตัดสินใจ	ก. ไม่มี	ข.แจ้งข้อมูลที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพสัมพันธ์กับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง แก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ค.มีเครื่องมือประกอบการคืนข้อมูล เช่น สมุดบันทึกสุขภาพ	ง.ผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัวรับทรำบข้อมูลและนำข้อมูลไปประกอบการตัดสินใจวางเป้าหมายแนวทาง/แผนการจัดการดูแลตนเอง	จ.มีการสะท้อนข้อมูลย้อนกลับจากผู้ป่วย/ผู้ดูแลเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
4. จัดบริการ เชื่อมโยงชุมชน	4.1 ทีมเยี่ยมบ้าน (ทีมรักษ์ไต) โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร่วมกับ อสม./เครือข่าย	ก. ไม่มี	ข.มีการจัดทีมส่งเสริมสนับสนุนการดูแล กลุ่มป่วยไตเรื้อรังตามระยะของโรค	ค.มีทีมและมีแผนงานที่ชัดเจน เชื่อมโยงประสานกับ case manager /ทีมสหวิชาชีพของรพ.	ง.มีการดำเนินการตามแผน	จ.มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

องค์ประกอบ	เกณฑ์	ผลการประเมินตนเอง				
4. จัดบริการ เชื่อมโยงชุมชน	4.2 ชุมชนมีกิจกรรม เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ไตเรื้อรังในชุมชน	ก. ไม่มี	ข. มีแผนงาน/กิจกรรมในการดูแลตัวเอง ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ไตเรื้อรังในชุมชน ซึ่งกำหนดโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	ค มีแผนงาน/กิจกรรมในการดูแลตัวเอง ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ไตเรื้อรังในชุมชน ซึ่งกำหนด โดยชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	ง. มีกลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ไตเรื้อรัง ขึ้นในชุมชน	จ.มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดยกลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน
	4.3 มีการสื่อสารข้อมูลเพื่อให้ชุมชนนำไปจัดการลดปัจจัยเสี่ยงสูงหลักๆ ในชุมชนได้	ก. ไม่มี	ข.มีการส่งคืนข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วให้แก่ อปท./ชุมชน	ค.มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนเพื่อพัฒนาแผนสุขภาพชุมชน	ง.การนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนดำเนินการในชุมชน	จ.มีการดำเนินงานตามแผน ในชุมชน
	4.4 สนับสนุน/แผนการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชนและสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย	ก. ไม่มี	ข.โรงพยาบาลมีแผนงานปรับสภาพแวดล้อมเพื่อเป็นตัวอย่างแก่ อปท./ชุมชน	ค. อปท./ชุมชนมีแผนงานปรับสภาพแวดล้อมในชุมชนและสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย	ง.อปท./ชุมชนดำเนินการตามแผน	จ. อปท./ชุมชนมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
	4.5 สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และ/หรือจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมเพื่อสุขภาพสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรค ในชุมชน	ก. ไม่มี	ข.โรงพยาบาลมีแผนงานเพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพในชุมชน	ค. อปท./ชุมชนมีแผนงานจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพโดยได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล	ง. มีกลุ่ม/ชมรมสุขภาพในอปท./ชุมชนสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนกิจกรรมสุขภาพ	จ. อปท./ชุมชนมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 นวัตกรรมที่เกิดขึ้น (ถ้ามี)

นวัตกรรมกระบวนการ ของคลินิกชะลอไตเสื่อม

.....

.....

.....

.....

.....

นวัตกรรมของชุมชน

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้ประเมิน .....

วันที่ประเมิน.....

ร่าง KPI

2566

ตัวชี้วัดงานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ 1

PP&P

Excellence

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : 1. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 0- 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน ตามแผนงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของหน่วยบริการในระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
ค่าน้ำหนัก : 3
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม :

1. หน่วยบริการ คือ หน่วยงานของรัฐที่ให้บริการวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ทั้งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล เป็นต้น

2. มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของหน่วยบริการ คือ มาตรฐานฯ ที่สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค จัดทำขึ้น ประกอบด้วย การบริหารจัดการวัคซีน และระบบลูกโซ่ความเย็น การให้บริการวัคซีน และการบริหารจัดการข้อมูล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปี....		
		2563	2564	2565
1. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี (fully immunized)	ร้อยละ 90	68.31	67.60	70.77
2. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 2 ปี (fully immunized)	ร้อยละ 90	66.31	61.99	65.44
3. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 3 ปี (fully immunized)	ร้อยละ 90	61.43	61.16	52.41
4. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 5 ปี (fully immunized)	ร้อยละ 90	65.65	60.84	60.75

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้เด็ก 0-5 ปี ได้รับวัคซีน ตามแผนงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
2. เพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายไม่ป่วยเป็นโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน
3. เพื่อให้บรรลุตามพันธะสัญญานานาชาติในการกวาดล้างโปลิโอและกำจัดหัด
4. เพื่อพัฒนาระบบบริการฐานข้อมูลงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :

เด็กอายุครบ 0-5 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มสถานะบุคคล Type area = 1 และ 3)

วิธีจัดเก็บข้อมูล :

1. ข้อมูลจากทะเบียนการให้วัคซีนของหน่วยบริการ

2. ข้อมูลการประเมินความครอบคลุมการให้บริการจากระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

แหล่งข้อมูล :

1.ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด

2.ระบบบริหารจัดการและติดตามการให้วัคซีนโควิด 19 กระทรวงสาธารณสุข (MOPH Immunization Center)

การคำนวณตัวชี้วัด :

รายการข้อมูล 1

ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 0- 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน = (A1+A2+A3+A4)/ 4

A1 =ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี (fully immunized)

A2 = ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 2 ปี (fully immunized)

A3 = ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 3 ปี (fully immunized)

A4 = ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 5 ปี (fully immunized)

รายการข้อมูล 2

B1 = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน

B2 = เด็กอายุครบ 2 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน

B3 = เด็กอายุครบ 3 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน

B4 = เด็กอายุครบ 5 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน

สูตรคำนวณ

1. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี สูตรคำนวณ = (A1/B1)x100

2. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 2 ปี สูตรคำนวณ = (A2/B2)x100

3. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี สูตรคำนวณ = (A3/B3)x100

4. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี สูตรคำนวณ = (A4/B4)x100

เกณฑ์การประเมินผล :

แนวทางการให้คะแนนความครอบคลุมการให้วัคซีน เป็นดังนี้

คะแนน 1	ความครอบคลุมการให้วัคซีน ≤ 74
คะแนน 2	ความครอบคลุมการให้วัคซีน 75 – 79
คะแนน 3	ความครอบคลุมการให้วัคซีน 80 - 84
คะแนน 4	ความครอบคลุมการให้วัคซีน 85 – 89
คะแนน 5	ความครอบคลุมการให้วัคซีน ≥90

ระยะเวลาการประเมินผล : รายงวด (ไตรมาส)

เอกสารสนับสนุน :

1. หนังสือหลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่สร้างเสริมภูมคุ้มกันโรค
2. ตำราวัคซีนและสร้างเสริมภูมคุ้มกันโรค
3. แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นางนันทิกานต์ สุวะมาตย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร. 042-492046 ต่อ 114 มือถือ 08-1058-3796

e-mail: dc.bkpho@gmail.com หรือ Nuntikan_nurse@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 2. เด็กอายุ 6 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ ร้อยละ 40
ค่าน้ำหนัก **2**
หน่วยการวัด ร้อยละ 40
คำนิยาม -เด็กอายุ 6 ปี หมายถึง เด็กอายุ 6 ปี 11 เดือน 29 วัน ซึ่งเป็นที่มีชื่อและตัวตนอยู่ปรากฏรวม ทั้งเด็กที่ไม่มีชื่อแต่มีตัวตนอยู่ ทั้งนี้รวมทุกสัญชาติ

-เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ หมายถึง การใช้วัสดุเคลือบหลุมร่องฟันทางบนหลุมร่องฟันที่ลึกของฟันกรามแท้ซี่ 16, 26, 36, 46

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
เด็ก 6 ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้	ร้อยละ	43.83	36.10	25.91

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 40
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย เด็กอายุ 6 ปี เด็กอายุ 6 ปี 11 เดือน 29 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

รายงาน Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

1.รายงานข้อมูล A จำนวนเด็กอายุ 6 ปี ที่ได้รับบริการ เคลือบหลุมร่องฟันฟันกรามแท้

2.รายงานข้อมูล B จำนวนเด็กอายุ 6 ปีทั้งหมด

สูตรคำนวณ A/B × 100
ระยะเวลาการประเมินผล ปีละ 2 ครั้ง
เกณฑ์การประเมินผล

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
20	25	30	35	40

วิธีการประเมินผล

เด็กอายุ 6 ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 จากรายงาน HDC

เอกสารสนับสนุน

1.แผนการดำเนินส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กเล็กและวัยเรียน

2.แผนการสุ่มติดตาม การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากระดับอำเภอ ตำบล และสุ่มประเมินการยึดติดของสารเคลือบหลุมร่องฟันระดับอำเภอ

3.รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานตัวชี้วัด

1.น.ส.ปุณณิกา หมื่นสา โทร 088-5618807

2.น.ส.เสาวนีย์ สีบุญ โทร : 095-1784906

ยุทธศาสตร์ที่ 1. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (✓) เชิงปริมาณ (✓) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 3. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล (GSHPS)
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด
คำนิยาม

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล (Global Standards for health Promoting School: GSHPS) หมายถึง โรงเรียนที่มีการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และยกระดับการดูแลสุขภาพเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เทียบเคียงมาตรฐานระดับสากล ควบคู่ไปกับการศึกษา ภายใต้การมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข : 2565)

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากลทุกระดับ หมายถึง โรงเรียนที่ผ่านการประเมินรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ระดับ Gold Award ระดับ Platinum Award ระดับ Millennium Award และระดับ Excellence Award

ระดับการรับรองโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล หมายถึง

<u>ระดับ Gold Award</u>
- ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านกระบวนการขั้นดีมาก อย่างน้อย 4 องค์ประกอบ
องค์ประกอบที่เหลือผ่านเกณฑ์ขั้นดี
- ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านผลลัพธ์สุขภาพนักเรียน อย่างน้อย 3 ตัวชี้วัด

<u>ระดับ Platinum Award</u>
- ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านกระบวนการขั้นดีมาก อย่างน้อย 6 องค์ประกอบ
องค์ประกอบที่เหลือผ่านเกณฑ์ขั้นดี
- ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านผลลัพธ์สุขภาพนักเรียน อย่างน้อย 4 ตัวชี้วัด

<u>ระดับ Millennium Award</u>
- ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านกระบวนการขั้นดีมาก อย่างน้อย 8 องค์ประกอบ
องค์ประกอบที่เหลือผ่านเกณฑ์ขั้นดี
- ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านผลลัพธ์สุขภาพนักเรียน อย่างน้อย 5 ตัวชี้วัด
(โดยที่ 1 ใน 5 ตัวชี้วัดนั้นต้องเป็นตัวชี้วัดที่ 6 นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์)

<u>ระดับ Excellence Award</u>
- ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านกระบวนการ ขั้นดีมากอย่างน้อย 10 องค์ประกอบ
- ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านผลลัพธ์สุขภาพนักเรียน 6 ตัวชี้วัด

การรับรองอายุโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากลทุกระดับ หมายถึง การรับรองมีอายุ 3 ปี นับจากวันที่ระบุในเกียรติบัตร และโรงเรียนสามารถปรับเลื่อนระดับการรับรองตามความพร้อม และความสมัครใจของโรงเรียน

เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม – 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)

โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3)

ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า – 2 S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่ดีอาจเนื่องมาจากมีการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ

ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง > + 2 S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี 2563

ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า – 2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน

สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2563 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2563 มีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง

เด็กสูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)

ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิง อายุ 12 ปี (เด็กอายุ 12 ปีเต็มถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2565		
		2563	2564	2565
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทุกระดับ	ร้อยละ	88.71	88.71	88.71
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง	ร้อยละ	6.22	6.22	6.22
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเงิน	ร้อยละ	21.01	21.01	21.01
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	ร้อยละ	59.53	59.53	59.92
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร	ร้อยละ	1.56	1.56	156
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ที่หมดอายุการรับรองทุกระดับ	ร้อยละ	90.28 (หมดอายุ)	92.29 (หมดอายุ)	99.23 (หมดอายุ)
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับ มาตรฐานสากล (เริ่มปี 2566)	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A
เด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	65.49	58.66	53.22
เด็กอายุ 6 - 14 ปี เริ่มอ้วนและอ้วน	ร้อยละ	11.85	9.05	12.29
เด็กอายุ 6 - 14 ปี เตี้ย	ร้อยละ	6.27	12.69	14.98
เด็กอายุ 6 - 14 ปี ผอม	ร้อยละ	5.46	4.12	4.91
ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี	ซม.	ช = 148.95 ญ = 150.34	ช = 145.00 ญ = 145.88	ช = 144.51 ญ = 146.36
ความครอบคลุมลงข้อมูล ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	ร้อยละ	50.42	32.24	55.95

เกณฑ์เป้าหมาย

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1, 2, 3	ขั้นตอนที่ 1, 2, 3, 4	ขั้นตอนที่ 1, 2, 3, 4, 5

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

โรงเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ ทุกสังกัด และเด็กอายุ 6 -14 ปี ในโรงเรียนที่สมัครเข้าร่วมโครงการ

วิธีจัดเก็บข้อมูล

จากเอกสารหลักฐานแสดงผลการดำเนินงาน การสอบถามผู้รับผิดชอบงาน การลงพื้นที่เก็บข้อมูลของทีมประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ระบบฐานข้อมูลจาก Health Data Center และระบบติดตามประเมินคุณภาพข้อมูลตามตัวชี้วัดคุณภาพจังหวัดบึงกาฬ Cockpit Buengkan 2565

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1. สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (รพท./รพช./รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง)
2. ฐานข้อมูลจำนวนนักเรียนจากระบบ DMC กระทรวงศึกษาธิการ
3. ฐานข้อมูล Health Data Center
4. ฐานข้อมูลระบบติดตามประเมินคุณภาพข้อมูลตามตัวชี้วัดคุณภาพจังหวัดบึงกาฬ Cockpit Buengkan 2565

รายการข้อมูล 1 A1 = จำนวนโรงเรียนที่ผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากลทุกระดับ
รายการข้อมูล 2 A2 = จำนวนโรงเรียนที่ผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับระดับมาตรฐานสากล ระดับ Millennium Award
รายการข้อมูล 3 B1 = จำนวนโรงเรียนทุกสังกัดทั้งหมด
รายการข้อมูล 4 C1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 5 C2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
รายการข้อมูล 6 C3 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน
รายการข้อมูล 7 D1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทั้งหมดในโรงเรียน
รายการข้อมูล 8 D2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

1. ร้อยละโรงเรียนที่ผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากลทุกระดับ = (A1/B1) x 100
2. ร้อยละโรงเรียนที่ผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ระดับ millennium Award = (A2/B1) x 100
3. ร้อยละความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง = (C1/D1) x 100
4. ร้อยละเด็กอายุ 6 – 14 ปี สูงดีสมส่วน = (C2/D2) x 100
5. ร้อยละเด็กอายุ 6 – 14 ปี อ้วนและเริ่มอ้วน = (C3/D2) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล ไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4

เกณฑ์การประเมินผล
ระดับจังหวัด

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	น้ำหนัก	รอบที่	ระดับคะแนน				
				1	2	3	4	5
Output ผลผลิตตามกระบวนการ								
1. ร้อยละโรงเรียนที่ผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากลทุกระดับ	ร้อยละ 50	1	1	≤5	10	15	20	≥25
			2	≤30	35	40	45	≥50
2. ร้อยละโรงเรียนที่ผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากลระดับ millennium Award	ร้อยละ 30	1	1	≤3	6	9	12	≥15
			2	≥18	21	24	27	≥30
3. จำนวนโรงเรียนที่แสดงความจำนงขอรับประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ระดับ Excellence Award	2 แห่ง	0.5	1	1 แห่ง = 5 คะแนน /ไม่มี = 0 คะแนน				
			2	1	1	1	1	2
4. จำนวนโรงเรียนที่ผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ระดับ Excellence Award	1 แห่ง	0.5	1	1 แห่ง = 5 คะแนน /ไม่มี = 0 คะแนน				
			2					
Outcome ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด								
5. ร้อยละความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	ร้อยละ 80	0.5	1	≤40	50	60	70	≥80
			2	≤40	50	60	70	≥80
6. ร้อยละเด็กอายุ 6 – 14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 57	1	1	≤12	24	36	48	≥57
			2	≤12	24	36	48	≥57
7. ร้อยละเด็กอายุ 6 – 14 ปี อ้วนและเริ่มอ้วน	ไม่เกินร้อยละ 10	0.5	1	≥14	13	12	11	≤10
			2	≥14	13	12	11	≤10

<u>หมายเหตุ</u> - สูตรคำนวณระดับคะแนน = $\frac{\text{ระดับคะแนนที่ได้ x น้ำหนัก}}{\text{คะแนนเต็ม (5)}}$

- ข้อมูล ข้อ 1 – 4 แหล่งข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และการลงพื้นที่เก็บข้อมูลของทีมประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับจังหวัด และระดับเขต

- ข้อมูล ข้อ 5 – 7 แหล่งข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลจาก Health Data Center โดยวิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ : ภาคเรียนที่ 2/65 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูลเดือน ธ.ค.65, ม.ค. 66, ก.พ. 66 ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ. 66 ภาคเรียนที่ 1/66 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูลเดือน พ.ค. 66, มิ.ย. 66, ก.ค. 66 ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค. 66

ระดับอำเภอ แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาคะแนนจากระดับชั้นของความสำเร็จ (Milestone)

ระดับความสำเร็จ	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	แหล่งข้อมูล/หลักฐาน
1.	<u>Assessment</u> อำเภอมีฐานข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง (2563 - 2565) ดังนี้ 1. ข้อมูลโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทุกระดับ 2. ข้อมูลสถานะ/การรับรองอายุโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทุกระดับ 3. ข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน (สูงดีสมส่วน/อ้วน/เตี้ย/ผอม) แยกรายโรงเรียน หรือตำบล <u>หมายเหตุ</u> ข้อ 1 และ 2 ใช้ข้อมูลโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (เกณฑ์เก่า)	 0.25 0.25 0.25	 -ข้อมูลระดับอำเภอ -ข้อมูลระดับอำเภอ -HDC
2.	<u>Management and Governance</u> 1. จัดตั้งคณะทำงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล และคณะกรรมการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ระดับอำเภอที่ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพในหน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบดำเนินงาน ครบทั้ง 10 องค์ประกอบแบบบูรณาการ และนอกหน่วยงาน เช่น สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานทางการศึกษา และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น 2. จัดทำแผนงาน/กิจกรรมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล และการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนระดับอำเภอ 3. ดำเนินกิจกรรมครบถ้วนตาม ข้อที่ 2 ทุกข้อ 4. มีการกำกับติดตามและรายงานผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล และการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียน 5. มีผู้รับผิดชอบงานหลัก และผู้รับผิดชอบงานรองในการดำเนินงานที่ชัดเจน และเป็นปัจจุบัน	0.25 0.25 0.25 0.25 0.25	-คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานฯ ที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ และมีการลงนามชัดเจน -เอกสารแผนงาน/โครงการ/รูปภาพการจัดกิจกรรม และจากการสอบถามภาคีเครือข่าย

ระดับความสำเร็จ	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	แหล่งข้อมูล/หลักฐาน
3.	<u>Advocacy/Intervention</u>		
	1. มีการประชุมชี้แจงการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากลให้กับโรงเรียน/คณะกรรมการฯ/หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	0.35	-เอกสารแผนงาน/โครงการ/รูปภาพ -การจัดกิจกรรม
	2. มีการดำเนินการประเมินรับรองสถานะโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ระดับ Gold Award ระดับ Platinum Award ระดับ Millennium Award และระดับ Excellence Award	0.35	-ข้อมูลจากทีมประเมินระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด/ระดับเขต
	3. มีการจัดการปัญหาภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียน ดังนี้ 1. มีการชั่งน้ำหนัก วัดความสูง โดยใช้อุปกรณ์และเทคนิคการวัดที่ได้มาตรฐานและถูกต้อง เพื่อนำมาแปลผลภาวะโภชนาการ	0.1	-เอกสารแผนงาน/รูปภาพ
	2. มีการนำเข้าข้อมูลภาวะโภชนาการ <u>รอบที่ 1</u> นำเข้าข้อมูลในช่วง 3 เดือน คือ ธ.ค. 65, ม.ค. 66, ก.พ.66 ในภาคการเรียนที่ 2/2565 ในระบบ 43 แฟ้ม ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ. 2566 <u>รอบที่ 2</u> นำเข้าข้อมูลในช่วง 3 เดือน คือ พ.ค., มิ.ย., ก.ค. 66 ในภาคการเรียนที่ 1/2566 ในระบบ 43 แฟ้ม ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค. 2566	0.1	-HDC
	3. มีการแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการเด็กวัยเรียน (อ้วน/เตี้ย/ผอม) และการส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน ดังนี้ - ออกเยี่ยมและให้ความรู้เรื่องหลักการจัดอาหารกลางวัน (Thai school lunch) และสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน ให้แก่ครูอนามัยโรงเรียน ครูโภชนาการ และแม่ครัว - การรณรงค์ดื่มนมจืดยืดความสูงในโรงเรียนและชุมชน - มีการจัดมหกรรมกระโดดโลดเต้น เล่นสนุก เพื่อเด็กไทยยุคใหม่สูงดีสมส่วน อย่างน้อย 1 โรงเรียน - มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง โดยการตรวจ obesity sign 1)รอบคอดำ 2)นั่งหลับ 3)นอนกรน 4) ประวัติการเจ็บป่วยครอบครัวจากสถานศึกษา สู่สถานบริการสาธารณสุข (Service plan) คลินิก DPAC และโรงพยาบาลทั่วไป	0.1	-เอกสารแผนงาน/รูปภาพ

<table>
<tr><th>ระดับความสำเร็จ</th><th>รายละเอียดการดำเนินงาน</th><th>คะแนน</th><th>แหล่งข้อมูล/หลักฐาน</th></tr>
<tr><td>4.</td><td>

<u>Output ผลผลิตตามกระบวนการ</u>

1. ร้อยละโรงเรียนที่ผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากลทุกระดับ

<table>
<tr><th>คะแนน</th><th>เกณฑ์ (ร้อยละ)</th><th>0.05 คะแนน</th><th>0.1 คะแนน</th><th>0.2 คะแนน</th><th>0.3 คะแนน</th><th>0.4 คะแนน</th></tr>
<tr><td>รอบที่ 1</td><td>≥25</td><td>≤5</td><td>10</td><td>15</td><td>20</td><td>≥25</td></tr>
<tr><td>รอบที่ 2</td><td>≥50</td><td>≤30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>≥50</td></tr>
</table>

2. ร้อยละโรงเรียนที่ผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ระดับ millennium Award

<table>
<tr><th>คะแนน</th><th>เกณฑ์ (ร้อยละ)</th><th>0.05 คะแนน</th><th>0.1 คะแนน</th><th>0.2 คะแนน</th><th>0.3 คะแนน</th><th>0.4 คะแนน</th></tr>
<tr><td>รอบที่ 1</td><td>≥15</td><td>≤3</td><td>6</td><td>9</td><td>12</td><td>≥15</td></tr>
<tr><td>รอบที่ 2</td><td>≥30</td><td>18</td><td>21</td><td>24</td><td>27</td><td>≥30</td></tr>
</table>

3. จำนวนโรงเรียนที่แสดงความจำนงขอรับการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ระดับ Excellence Award

<table>
<tr><th>คะแนน</th><th>เกณฑ์ (แห่ง)</th><th>0 คะแนน</th><th>0.1 คะแนน</th></tr>
<tr><td>รอบที่ 1</td><td>1</td><td>0 แห่ง</td><td>1 แห่ง</td></tr>
<tr><td>รอบที่ 2</td><td>≥2</td><td>≤1</td><td>≥2</td></tr>
</table>

4. จำนวนโรงเรียนที่ผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ระดับ Excellence Award

<table>
<tr><th>คะแนน</th><th>เกณฑ์ (แห่ง)</th><th>0 คะแนน</th><th>0.1 คะแนน</th></tr>
<tr><td>รอบที่ 1</td><td>1</td><td colspan="2" rowspan="2">1 แห่ง = 0.1 คะแนน /ไม่มี = 0 คะแนน</td></tr>
<tr><td>รอบที่ 2</td><td>1</td></tr>
</table>

</td><td>0.4

0.4

0.1

0.1</td><td>-ข้อมูลจากทีมประเมินระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด/ระดับเขต</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>ระดับความสำเร็จ</th><th>รายละเอียดการดำเนินงาน</th><th>คะแนน</th><th>แหล่งข้อมูล/หลักฐาน</th></tr>
<tr><td>5.</td><td><u>Outcome ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด</u>
1. ร้อยละความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
<table>
<tr><th>คะแนน</th><th>เกณฑ์ (ร้อยละ)</th><th>0.05 คะแนน</th><th>0.1 คะแนน</th><th>0.15 คะแนน</th><th>0.20 คะแนน</th><th>0.25 คะแนน</th></tr>
<tr><td>รอบที่ 1</td><td>≥80</td><td>≤40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>≥80</td></tr>
<tr><td>รอบที่ 2</td><td>≥80</td><td>≤40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>≥80</td></tr>
</table>
2. ร้อยละเด็กอายุ 6 – 14 ปี สูงดีสมส่วน
<table>
<tr><th>คะแนน</th><th>เกณฑ์ (ร้อยละ)</th><th>0.1 คะแนน</th><th>0.2 คะแนน</th><th>0.3 คะแนน</th><th>0.4 คะแนน</th><th>0.4 คะแนน</th></tr>
<tr><td>รอบที่ 1</td><td>≥57</td><td>≤12</td><td>24</td><td>36</td><td>48</td><td>≥57</td></tr>
<tr><td>รอบที่ 2</td><td>≥57</td><td>≤12</td><td>24</td><td>36</td><td>48</td><td>≥57</td></tr>
</table>
3. ร้อยละเด็กอายุ 6 – 14 ปี อ้วนและเริ่มอ้วน
<table>
<tr><th>คะแนน</th><th>เกณฑ์ (ร้อยละ)</th><th>0.05 คะแนน</th><th>0.1 คะแนน</th><th>0.15 คะแนน</th><th>0.20 คะแนน</th><th>0.25 คะแนน</th></tr>
<tr><td>รอบที่ 1</td><td>≤10</td><td>≥14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>≤10</td></tr>
<tr><td>รอบที่ 2</td><td>≤10</td><td>≥14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>≤10</td></tr>
</table></td><td>0.25

0.5

0.25</td><td>-HDC
-DMC
-ข้อมูล ปชก.

-HDC

-HDC</td></tr>
</table>

วิธีการประเมินผล (ระดับอำเภอ)

-ประเมินรอบที่ 1 ข้อมูลไตรมาสที่ 1 - 2 และปีการศึกษา 2/2565 (ประเมินระดับความสำเร็จที่ 1-5)

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

-ประเมินรอบที่ 2 ข้อมูลไตรมาสที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 1/2566 (ประเมินระดับความสำเร็จที่ 1-5)

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

เอกสารสนับสนุน

1. คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ปี พ.ศ. 2565 (Global Standards for health Promoting School ,2022 : GSHPS) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
2. แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในอนามัยวัยเรียน จังหวัดบึงกาฬ
3. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และคลินิก DPAC

4. คู่มือการจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน
5. แนวทางการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ HosXP (PCU)
6. โปสเตอร์/แผ่นพับ การออกกำลังกายแบบกระโดดโลดเต้น
7. สื่อชมรมกิจกรรมทางกายเพื่อเด็กไทย (ChOPA & ChiPA Game)
8. ชุดความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม (NuPETHS)
9. สมุดบันทึกการตรวจสุขภาพนักเรียนชั้น ป.5-ป.6 และ ม.1 - ม.6
10. อร.14

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นายวีระ จิตบรรจง
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ110
โทรศัพท์มือถือ : 094-2837211
โทรสาร : 042-492001
E-mail : life_jee_chawin@hotmail.com
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 1.ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (✓) เชิงปริมาณ (✓) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 4. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานลดการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด
คำนิยาม

การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี หมายถึง หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาคลอดหรือแท้งบุตร และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ต่อจำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องการคลอดหรือแท้งบุตรทั้งหมดในปีงบประมาณ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2565		
		2563	2564	2565
ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำ ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	ร้อยละ	15.89	13.58	12.76

เกณฑ์เป้าหมาย

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1, 2, 3	ขั้นตอนที่ 1, 2, 3, 4	ขั้นตอนที่ 1, 2, 3, 4, 5

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาคลอดหรือแท้งบุตร และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไปในปีงบประมาณที่ทำการเก็บข้อมูล

วิธีจัดเก็บข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มีการคลอดหรือแท้งบุตรในสถานบริการสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (รพท./รพช./รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง)

รายงานข้อมูล 1 A = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาคลอดหรือแท้งบุตรและเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป
รายการข้อมูล 2 B = จำนวนหญิงน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอดหรือแท้งบุตรทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี = (A/B) X 100

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับจังหวัด

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	รอบที่	ระดับคะแนน				
			1	2	3	4	5
1. ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	≤ร้อยละ 13	1	≥9	8.5	8	7.5	≤7
		2	≥15	14.5	14	13.5	≤13

ระดับอำเภอ แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยพิจารณาคะแนนจากระดับชั้นของความสำเร็จ (Milestone)

ระดับความสำเร็จ	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	แหล่งข้อมูล/หลักฐาน
1	อำเภอมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในหญิงตั้งครรภ์ซ้ำอายุน้อยกว่า 20 ปี เช่น ความพึงประสงค์ในการตั้งครรภ์ ครอบครัว การศึกษา การประกอบอาชีพ เป็นต้น	1	-ฐานข้อมูล/เอกสาร
2	อำเภอมีการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ซ้ำอายุน้อยกว่า 20 ปี เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่	0.5	-ฐานข้อมูล/เอกสาร
3	อำเภอมีการแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม/ในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	1	-เอกสารแผนงาน/โครงการ
4	ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	2.5	-HDC

คะแนน	เกณฑ์ (ร้อยละ)	0.5 คะแนน	1.0 คะแนน	1.5 คะแนน	2.0 คะแนน	2.5 คะแนน
รอบที่ 1	≤7	≥9	8.5	8	7.5	≤7
รอบที่ 2	≤13	≥15	14.5	14	13.5	≤13

วิธีการประเมินผล

1. ระบบรายงานข้อมูล HDC
2. รายงานการเก็บข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดบึงกาฬ
3. มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน
4. ดำเนินกิจกรรมหลัก ดังนี้

   4.1 ดำเนินงานอนามัยวัยรุ่นผ่านอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และมาตรฐานการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ผ่านระบบ YFHS Application

   4.2 ขับเคลื่อนพระราชบัญญัติป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับอำเภอ

   4.3 มีการนำหลักสูตร”เพศคุยได้ในครอบครัว” และ “Smart Youth” ไปใช้ในพื้นที่

   4.4 ขับเคลื่อนการดำเนินการเครือข่าย RSA

   4.5 ประชาสัมพันธ์การใช้ Teenage Digital Platform ผ่าน Line Official Teen Club
5. มีรายงานการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เอกสารสนับสนุน

1. คู่มือการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์
2. คู่มือการดำเนินงานมาตรฐานการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ผ่านระบบ YFHS Application
3. Teenage Digital Platform ผ่าน Line Official Teen Club

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นายวีระ จิตบรรจง
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ110
โทรสาร : 042-492001
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์มือถือ : 094-2837211
E-mail : life_jee_chawin@hotmail.com
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : 5. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก
ค่าน้ำหนัก : 2
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม :

1. กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) กลุ่มพนักงานบริการ (SW) ทั้งหญิงและชาย กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)

2. เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก หมายถึง กลุ่มประชากรหลักได้รับบริการโดยผู้ให้บริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ภาครัฐและ/หรือภาคประชาสังคม โดยแกนนำอาสาสมัครภาคประชาสังคม /เครือข่ายเพื่อน โดยบริการที่กลุ่มประชากรเป้าหมายได้รับ ประกอบด้วย 4 ข้อ ดังต่อไปนี้

1) ได้รับข้อมูลความรู้ในการป้องกันเอชไอวี, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI)และการลดอันตรายจากการใช้ยา Harm reduction (สำหรับกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด PWID)

2) ได้รับอุปกรณ์ป้องกันที่ปลอดภัยสำหรับแต่ละกลุ่มประชากร เช่น ถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น ฯ

3) ได้รับข้อมูลสถานที่ที่จะไปรับบริการตรวจเอชไอวี, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) และการรักษาด้วยสารทดแทน/เมทาโดน (สำหรับPWID)

4) ได้ลงทะเบียนรับบริการโดย มีหมายเลขระบุตัวบุคคล UIC (Unique Identifier Code)

หมายเหตุ:

ก. รูปแบบของการให้บริการป้องกันฯเชิงรุกสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่ (1) ผู้ให้บริการเชิงรุก (Outreach) (2) เครือข่ายเพื่อน (3) ทางสื่อสังคมออนไลน์ (social media) (4) มารับบริการเองหรือได้รับการนัดหมายจากหน่วยบริการ

ข. กรณีเข้าถึงบริการโดยรูปแบบการใช้สื่อสังคมออนไลน์นั้นจะไม่รวมบริการในข้อ 2 ให้หมายถึงเฉพาะ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ1) ข้อ3) และข้อ4) เท่านั้น

ค. หน่วยที่จัดบริการ หมายถึงสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม

ง. จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการ หมายรวมทุกแหล่งงบประมาณที่มีการดำเนินงานในพื้นที่

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
- ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	ร้อยละ	92	94	100

วัตถุประสงค์ :

- การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลง
- การเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลง
- การตีตราและเลือกปฏิบัติลดลง

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง

- กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)
- สาวประเภทสอง (TG)
- กลุ่มพนักงานบริการ (SW) ทั้งหญิงและชาย
- กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)

วิธีจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงาน NAP และ NAP+ ที่หน่วยบริการบันทึก

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ :

1. ข้อมูลการได้รับบริการป้องกันฯเชิงรุก จากระบบข้อมูล NAP+ จาก สปสช.
2. ข้อมูลการคาดประมาณจำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก จากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค www.boe.moph.go.th/aids/ และคำนวณประมาณการรายอำเภอโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก

สูตรคำนวณ = (A/B) x 100

A = จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกรายอำเภอ

B = จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลักที่คาดประมาณ รายอำเภอ

ระยะเวลาการประเมินผล :

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

เกณฑ์การให้คะแนน :

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 100

ขั้นตอนการขับเคลื่อนผลงานตัวชี้วัด :

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล
1	- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่เป็นปัจจุบัน โดยประธานคณะกรรมการเอดส์อำเภอ ออกแต่งตั้งคณะทำงานในการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก - ข้อมูลคาดประมาณกลุ่มประชากรหลัก	- เอกสารหลักฐานรายชื่อคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานเอดส์ระดับอำเภอ - เอกสารจำนวนในการคาดประมาณกลุ่มประชากรหลักในแต่ละพื้นที่อำเภอ
2	แผนงานโครงการดำเนินงานในการเข้าถึงบริการกลุ่มประชากรหลัก (เพื่อเป็นกระบวนการในการคัดกรองค้นหากลุ่มประชากรหลัก)	- เอกสารแผนงานโครงการดำเนินงานเข้าถึงบริการกลุ่มประชากรหลัก - เอกสารการคัดกรองกลุ่มประชากรหลัก
3	การลงข้อมูล NAP ให้ได้ร้อยละ 80	ข้อมูล NAP+
4	การลงข้อมูล NAP ให้ได้ร้อยละ 90	ข้อมูล NAP+
5	การลงข้อมูล NAP ให้ได้ร้อยละ 100	ข้อมูล NAP+

เอกสารสนับสนุน : ข้อมูล NAP+

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด :

นางสาวจุฑามาศ สีโดน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทร. 042-492046 ต่อ 114 **โทรศัพท์เคลื่อนที่** 09 8263 2198
e-mail: dc.bkpho@gmail.com
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด **6.** หญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟันร้อยละ 40
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ 40
คำนิยาม การให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน หมายถึง การให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน รวมถึงการขูดหินน้ำลาย ซึ่งอาจจะเป็นการให้บริการภายในครั้งเดียวกันหรือ การนัดหมายมาขัดทำความสะอาดฟันภายหลัง

หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง ผู้ที่มารับบริการในระหว่างตั้งครรภ์

ทันตบุคลากร หมายถึง ทันตแพทย์ หรือจพ.ทันตสาธารณสุข/นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
หญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน	ร้อยละ	23.77	22.83	50.59

เกณฑ์เป้าหมาย หญิงมีครรภ์ร้อยละ 40 ได้รับการตรวจช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ
วิธีจัดเก็บข้อมูล รายงานทันตกรรมจาก HDC ข้อ 19.1
แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน โดยทันตบุคลากรจากกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาสุขภาพช่องปาก ->19.1 OHSP ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน เฉพาะเขตรับผิดชอบ(คน)(ใช้ความครอบคลุม) ->คอลัมภ์ A จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและทำความสะอาดช่องปาก

2.รายงานข้อมูล B จำนวนตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ในปีงบประมาณ เป็นภาพรวมจังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาสุขภาพช่องปาก ->19.1OHSP ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน เฉพาะเขตรับผิดชอบ(คน)(ใช้แบบความครอบคลุม)->คอลัมภ์ B หญิงที่ได้รับการฝากครรภ์ทุกสิทธิ สะสมในปีงบประมาณ ของพื้นที่รับผิดชอบ

สูตรคำนวณ Ax100/B
ระยะเวลาการประเมินผล ปีละ 2 ครั้ง
เกณฑ์การประเมินผล หญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ร้อยละ 40

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
20	25	30	35	40

วิธีการประเมินผล **รายงานทันตกรรมจาก HDC**

เอกสารสนับสนุน **รายงานทันตกรรมจาก HDC**

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด **1. น.ส.สิรินยา แสงไสย์ โทร : 086-8504402**

2.นายชิณวัฒน์ ชัยภูมี โทร 084-0366746

ยุทธศาสตร์ที่ 1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : 7. ความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มพระสงฆ์ สามเณร แม่ชี
ค่าน้ำหนัก : 2
หน่วยการวัด : ระดับความสำเร็จ
คำนิยาม : การส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนสุขภาพพระสงฆ์ สามเณร แม่ชี หมายถึง การดำเนินงานตามกรอบแนวคิด ดังนี้

1. พระสงฆ์ผ่านการอบรมหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด-อสว.) ผ่านระบบออนไลน์ 70 ชั่วโมง โดยลงทะเบียนผ่านระบบ Health Temple

2. มีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในพระสงฆ์และสามเณร แม่ชี ในวัดทุกรูป โดยใช้แบบ Verbal Screening (แบบPPA 003)

ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง ประเมินดัชนีมวลกาย,วัดรอบเอว,วัดความดันโลหิต,ประเมินการสูบบุหรี่,ประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CVD Risk Score),ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX), คลอเลสเตอรอล (ตรวจโดยสมัครใจหรือเมื่อมีข้อบ่งชี้)

3. วิเคราะห์ผลการประเมินและแยกกรองพระสงฆ์ สามเณร ออกเป็น กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย
ถ้ากลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ เสี่ยงต่อเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหรือเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องนำเข้าสู่กิจกรรมการถวายความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

4. ถวายความรู้แด่พระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้น 3อ. หลีกเลี่ยง 2ส. และเฝ้าระวังโดยใช้เครื่องมือ **"นคร"** หมายถึงดังต่อไปนี้

น : ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง ประเมิน ดัชนีมวลกาย
ค : วัดความดันโลหิตและประเมินค่าความดันโลหิต
ร : วัดรอบพุงและประมินภาวะอ้วนลงพุง

5. ส่งเสริมให้พระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการถวายความรู้เป็นพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพในวัด (พระ อสว.)

6. ติดตามผลและประเมินสุขภาพพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงหลังการถวายความรู้ จำนวน 2 ครั้ง (3เดือนและ 6 เดือน)

7. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาวัดสู่การประเมินรับรองเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ ที่มีคุณสมบัติ ๕ ประการ คือ

7.1.วัดมีความ<u>สะอาดร่มรื่น</u>
7.2.วัดมีความ<u>สงบร่มเย็น</u>
7.3.วัดร่วมสร้างสุขภาพคนในชุมชน <u>(สุขภาพร่วมสร้าง)</u>
7.4.วัดร่วมสืบสานวัฒนธรรมประเพณี และมีแหล่งเรียนรู้ชุมชน <u>(ศิลปะร่วมจิต(วิญญาณ))</u>
7.5.วัดเป็นศูนย์รวมความสามัคคีในการร่วมกันพัฒนาหมู่บ้านและชุมชน <u>(ชาวประชาร่วมพัฒนา)</u>

8. สนับสนุนให้มีการพัฒนายกระดับวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรูด้านสุขภาพ 5P ดังนี้

8.1 Partnership การมีเครือข่ายในการร่วมพัฒนาวัดรอบรู้ด้านสุขภาพ

8.2 Participation การประสานความร่วมมือในด้านการร่วมมือพัฒนาทุกกระบวนการ
8.3 Planning การวางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงานพัฒนาวัดสู่การเป็นวัดรอบรู้ด้านสุขภาพ
8.4 Promotion การส่งเสริมการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
8.5 Public การส่งเสริมให้มี นโยบายสาธารณะ เพื่อการปฏิบัติของคนในชุมชน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มพระสงฆ์ สามเณร	ขั้นตอนความสำเร็จ	-	4	5

เกณฑ์เป้าหมาย

ความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มพระสงฆ์ สามเณร ดำเนินการ 6 ระดับ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. พระสงฆ์ สามเณร อายุ 25 ปีขึ้นไป ในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ
2. วัดส่งเสริมสุขภาพ 1 วัด / 1 อำเภอ
3. วัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ 1 วัด / 1 อำเภอ

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. แบบ Verbal Screening (แบบPPA 003)
2. ระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการคัดกรองพระสงฆ์ สามเณร
3. ระบบการบันทึกข้อมูล พระคิลานุปัฏฐาก ระบบ Health Temple
3. แบบประเมินรับรองวัดส่งเสริมสุขภาพ
4. แบบประเมินรับรองวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1. รายงานข้อมูล A
2. รายงานข้อมูล B

ระยะเวลาการประเมินผล

ธันวาคม 2565 – สิงหาคม 2566

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับที่	รายละเอียด
1	มีพระสงฆ์ผ่านการอบรมพระคิลานุปัฏฐาก (พระอสว.) รูปใหม่อย่างน้อย 2 รูป/1 ตำบล
2	มีการตรวจคัดกรอง พระสงฆ์ สามเณร และมีฐานข้อมูลผลการตรวจคัดกรอง พระสงฆ์ สามเณร แม่ชี กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย
3	พระสงฆ์ สามเณร แม่ชี กลุ่มเสี่ยง ได้รับการถวายความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นคร 3อ. 2ส.
4	มีการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพระสงฆ์ สามเณร แม่ชี กลุ่มเสี่ยง หลังการถวายความรู้ จำนวน 2 ครั้ง (3 เดือน, 6 เดือน)
5	มีการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพและได้รับการประเมินรับรองจาก สสจ.บึงกาฬ อย่างน้อย 1 วัด/1 อำเภอ
6	มีการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพและได้รับการประเมินรับรองจาก สสจ.บึงกาฬอย่างน้อย 1 วัด/1 อำเภอ

ดำเนิน 1-2 ระดับ	ดำเนิน 3 ระดับ	ดำเนิน 4 ระดับ	ดำเนิน 5 ระดับ	ดำเนิน 6 ระดับ
1	2	3	4	5

วิธีการประเมินผล

1. ประเมินผลโดยแบบรายงาน ตาราง Excels รายบุคคล
2. ระบบ Health Temple
2. แบบประเมินรับรองวัดส่งเสริมสุขภาพ
3. แบบประเมินรับรองวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ

เอกสารสนับสนุน

1. แบบประเมินรับรองวัดส่งเสริมสุขภาพ
2. แบบประเมินรับรองวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ชื่อ–สกุล : นายวัฏจักร เจริญชัย ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ : 08 0011 4299
   โทรสาร : 0 4249 2001 Email : notelive03@gmail.com
   สถานที่ทำงาน : สสจ.บึงกาฬ
2. ชื่อ–สกุล : นางไกรษร จุลโยธา ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ : 08 1954 4529
   โทรสาร : 0 4249 2001 Email : kraisorn_julz@hotmail.co.th
   สถานที่ทำงาน : สสจ.บึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : 8. อัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (1) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (2) อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
ค่าน้ำหนัก : **3**
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม :

1. ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหาย รวมกับรักษาครบ

1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา

1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง

2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค

3. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - 30 กันยายน พ.ศ. 2566) เทียบกับค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (150 ต่อประชากรแสนคน)

4. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุบัติการณ์วัณโรค (150 ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (105,000 ราย) ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report 2021)

5. กลุ่มเป้าหมาย

5.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

5.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565–30 กันยายน 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

6. การค้นหากลุ่มเสี่ยง คือ เน้นในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวาน แรงงานต่างด้าว และบุคลากรสาธารณสุข ให้ครอบคลุมร้อยละ 90

7. ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง โปรแกรมการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติหรือโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP) คือระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปี.....		
		2563	2564	2565
-อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	เป้าหมาย	85	88	88
	ผลงาน	89.19	87.50	83.33
-อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB treatment Coverage)	เป้าหมาย	82.5	85	88
	ผลงาน	55.31	47.33	41.55

หมายเหตุ **อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของแต่ละปีงบประมาณ

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัย ผู้ที่น่าจะเป็นวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ

2. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค

เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	-	-	-	ร้อยละ 88
-อัตราความครอบคลุม การขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ 22	ร้อยละ 44	ร้อยละ 66	ร้อยละ 90

หมายเหตุ : ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2566 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2566

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :

1. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ.2566 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

2. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 (1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

วิธีจัดเก็บข้อมูล :

บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)

แหล่งข้อมูล :

โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)

การคำนวณตัวชี้วัด :

การคำนวณคะแนนอัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2566 สูตรคำนวณ = (A+B+C) / 3

A = คะแนนการค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง

B = คะแนนอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565)

C = คะแนนร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2566

1. ร้อยละการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง ตามสูตรคำนวณ = (A/B) x 100

A = จำนวนเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองด้วยวิธีเอกซเรย์ปอดจำนวนเป้าหมายใน 7 กลุ่มเสี่ยง

B = จำนวนเป้าหมายใน 7 กลุ่มเสี่ยง

2. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) ตามสูตรคำนวณ = (A/B) x 100

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2565) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566

B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2565)

3. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - 30 กันยายน พ.ศ. 2566) สูตรคำนวณ = (A/B) x 100

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - 30 กันยายน พ.ศ. 2566)

B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - 30 กันยายน พ.ศ. 2566) คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน

เงื่อนไขการคำนวณ :

การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไม่นับรวม

1. ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาส ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565)

2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ระยะเวลาการประเมินผล :

- ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4
- ครบรอบรายงานและประเมินผล วันที่ 30 กันยายน 2566
- ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ร้อยละการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง เน้นการค้นหาในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ผู้ป่วยเบาหวาน HbA1c > 7 และFBS> 200 แรงงานต่างด้าว และบุคลากรสาธารณสุข ให้ครอบคลุมร้อยละ 90 เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 คะแนน	ผลการค้นหาร้อยละ ≤59
2 คะแนน	ผลการค้นหาร้อยละ 60 - 69
3 คะแนน	ผลการค้นหาร้อยละ 70 - 79
4 คะแนน	ผลการค้นหาร้อยละ 80 - 89
5 คะแนน	ผลการค้นหาร้อยละ ≥90

2. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย > ร้อยละ 88) ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2565) เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 คะแนน	Success Rate ≤66
2 คะแนน	Success Rate 67 – 73
3 คะแนน	Success Rate 74 – 80
4 คะแนน	Success Rate 81 – 87
5 คะแนน	Success Rate ≥88

3. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ≥ ร้อยละ 90 ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2566 เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 คะแนน	TB Treatment Coverage ≤59
2 คะแนน	TB Treatment Coverage 60 – 69
3 คะแนน	TB Treatment Coverage 70 – 79
4 คะแนน	TB Treatment Coverage 80 – 89
5 คะแนน	TB Treatment Coverage ≥90

วิธีการประเมินผล :

ใช้อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) แยกเป็นระดับอำเภอและระดับจังหวัด

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564
2. โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ หรือโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด :

นางนันทิกานต์ สุวะมาตย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. 042-492046 ต่อ 114 มือถือ 08-1058-3796
e-mail: dc.bkpho@gmail.com หรือ Nuntikan_nurse@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : แผนงานที่ 3 การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด :9. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (SRRT)
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม : 1. การจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง หน่วยงานมีการจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระดับอำเภอที่ชัดเจนสามารถระบุผู้เป็นหัวหน้าและสมาชิกทีมทั้งหมดได้

1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่มีรายชื่อปัจจุบัน

1.2 หัวหน้าทีมเป็นแพทย์หรือหัวหน้าหน่วย

1.3 ผู้สอบสวนหลักของทีมเป็นนักระบาดที่มีประสบการณ์ด้านระบาดวิทยาภาคสนาม

1.4 มีจำนวนสมาชิกตั้งแต่ 4 คน ขึ้นไป ประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติงานแบบสหสาขา/วิชาชีพ

1.5 มีทำเนียบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในพื้นที่ เช่น ปศุสัตว์ พยาบาลโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล นักกีฏวิทยา ฯลฯ

2. ทีมมีศักยภาพด้านวิชาการ หมายถึง สมาชิกทุกคนมีความรู้ความสามารถที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานร่วมกัน รวมถึงได้รับการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องนอกจากนี้ควรมีสมาชิกทีมอย่างน้อย 1 คน ที่มีความรู้ความชำนาญในระดับที่สามารถเป็นหลักให้กับผู้ร่วมทีมได้

2.1 มีแผนงาน/โครงการพัฒนาบุคลากรของทีม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2.2 สมาชิกทีมร้อยละ 80 ขึ้น ได้รับการฝึกอบรมอย่างน้อยในหลักสูตรระบาดวิทยาที่มีการบรรยายและฝึกปฏิบัติด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมดรค และเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 20 ชั่วโมง

2.3 สมาชิกทีมร้อยละ 50 ได้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาบุคลากร หรือจัดการความรู้ หรือประชุมเชิงปฏิบัติการ หรือประชุมถอดบทเรียน

3. ทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน หมายถึง จัดประชุมสมาชิกทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรค อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี โดยมีสมาชิกทีมเข้าร่วม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

3.1 จัดประชุมสมาชิกทีมเมื่อมีคำสั่งแต่งตั้งทีมฉบับใหม่ หรือกรณีมีการระบาดใหญ่

3.2 หัวหน้าทีม มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ เช่น เป็นประธานในการประชุม จัดสรรสิ่งสนับสนุน นำทีมออกสอบสวน

3.3 กิจกรรมหรือสิ่งสนับสนุนที่สร้างขวัญกำลังใจให้สมาชิกทีมที่ออกปฏิบัติงาน เช่น จัดเงินค่าใช้จ่ายให้ทีมเป็นค่าโทรศัพท์ ค่าอาหาร ค่าใช้จ่ายอื่นๆ จัดทำเสื้อทีม ประกาศยกย่องเมื่อมีผลงานดี เป็นต้น

4. ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน หมายถึง มีสิ่งสนับสนุนต่างๆ ที่จำเป็นและเพียงพอพร้อมออกปฏิบัติงาน เช่น คอมพิวเตอร์ คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน ทำเนียบ เบอร์โทรศัพท์ อุปกรณ์สื่อสาร ยานพาหนะ และงบประมาณ เป็นต้น

4.1 มีหมายเลขโทรศัพท์สื่อสารและผู้แทนของทีมในการติดต่อสื่อสารทั้งในและนอกเวลาราชการ

4.2 มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน เพื่อเฝ้าระวังตรวจสอบข่าว แนวทางปฏิบัติเพื่อการสอบสวนและควบคุมโรค ตามเกณฑ์ที่กำหนด

4.3 มียานพาหนะที่สามารถนำออกปฏิบัติงานได้ทันที และเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (PPE)

4.4 มีการจัดงบประมาณเพื่อใช้ในการสอบสวน ควบคุมโรค หรือส่งตัวอย่าง หรือค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

5. ทีมมีการฝึกซ้อมทักษะที่จำเป็นต่อการสอบสวนโรค หมายถึง มีแผนการฝึกซ้อมทักษะที่จำเป็นต่อการสอบสวนโรคด้านต่างๆ

5.1 การฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นต่อการสอบสวนโรค เช่น ฝึกซ้อมเก็บตัวอย่าง ฝึกซ้อมสวม/ถอด PPE ทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

5.2 การฝึกซ้อมแผนการสอบสวนควบคุมโรคหรือภัยสุขภาพที่สำคัญของหน่วยงาน เช่น การฝึกซ้อมแผนบนโต๊ะ (The Table Top Exercise) การฝึกซ้อมเฉพาะที่ (Functional Exercise) เป็นต้น

5.3 ร่วมซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่น

6. การเฝ้าระวัง เตือนภัย และรายงาน หมายถึง การเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-base surveillance) เน้นการรับรู้ข่าวสาร (Event) ใช้ข่าวสารจากสรุปรายงานสถานการณ์หรือรายงานผู้ป่วย นำมากรองข่าว (Filter) ตรวจสอบ (Verify) เพื่อให้ตรวจจับ (Detect) การป่วย/ตาย ที่ผิดปกติ การระบาด สามารถแจ้งเตือนภัยเสนอ ผู้บริหาร บุคคล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทันเหตุการณ์

6.1 มีการรับแจ้งข่าวจากเครือข่ายในพื้นที่ เช่น โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก ผู้ปกครอง อสม. ร้านขายยา ประชาชน สื่อออนไลน์ ฯลฯ ทุกเดือน

6.2 มีการตรวจสอบข่าว (Verification) ที่ได้รับแจ้ง ร้อยละ 80

6.3 มีการแจ้งเตือนข่าวหลังการตรวจสอบแล้วพบความผิดปกติไปยังผู้เกี่ยวข้อง ร้อยละ 80

7. การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ และการควบคุมโรคขั้นต้น หมายถึง สามารถสอบสวนโรคจนทำให้ได้ข้อมูลสาระสำคัญ ครบถ้วนและมีคุณภาพ สามารถนำไปใช้อธิบายการเกิดโรคและภัยสุขภาพ การประเมินสถานการณ์และการควบคุมโรคอย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถดำเนินการควบคุมโรคขั้นต้น (Preliminary control measures)

7.1 กำหนดเกณฑ์การออกสอบควบคุมโรค/ภัยสุขภาพ

7.2 สามารถเก็บเก็บตัวอย่าง นำส่งตัวอย่าง และเลือกอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลได้ถูกต้องและเหมาะสม

7.3 กระบวนการสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ เช่น การรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยาของผู้ป่วย กำหนดนิยามผู้ป่วย และผู้สัมผัสถูกต้อง การเลือกใช้วิธีการศึกษาทางระบาดวิทยา เป็นต้น

7.4 มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเบื้องต้นเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยและพาหะในชุมชน ขณะที่มีการระบาดได้อย่างเหมาะสม

8. ผลงานด้านความครบถ้วนของการสอบสวนโรค หมายถึง ผลงานด้านความครบถ้วนของการสอบสวนโรค เป็นผลงานเชิงปริมาณกเนการสอบสวนโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรค

8.1 มีรายงานสอบสวนโรคครบถ้วน ร้อยละ 60-70

9. ผลงานด้านความรวดเร็วในการสอบสวนโรค หมายถึง ผลงานด้านความรวดเร็วในการสอบสวนโรค โดยวัดเวลาที่ใช้ในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ตั้งแต่ทราบว่ามีผู้ป่วยหรือการระบาดจนถึงเวลาที่ออกปฏิบัติงาน โดยทั่วไปกำหนดให้ต้องสอบสวนดรคภายใร 24 ชั่วโมงนับจากวันรับแจ้งข่าวการระบาด

9.1 มีการสอบสวนโรคทันเวลา ร้อยละ 60-79

9.2 มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นทันเวลา ร้อยละ 60-79

10. ผลงานด้านคุณภาพการเขียนรายงานสอบสวนโรค หมายถึง ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพสามารถเขียนรายงาน สอบสวนโรคได้อย่างมีคุณภาพซึ่งหมายถึง มีรูปแบบการเขียนรายงานถูกต้อง มีข้อเสนอแนะในการควบคุมโรคที่สอดคล้องกับผลการสอบสวนและส่งรายงานทันเวลาตามที่กำหนด รายงานฉบับสมบูรณ์ (Full report) หรือ manuscript : มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ (Full report) อย่างน้อย 1 เรื่อง

11. การส่งรายงาน 506 เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวัง หมายถึง การส่งรายงาน 506 รายสัปดาห์ตามรอบสัปดาห์ระบาดวิทยา

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
-ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (SRRT)	ร้อยละ	0	0	0

เกณฑ์เป้าหมาย :

1) เพื่อให้อำเภอมีความพร้อมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

2) เพื่อพัฒนาศักยภาพของทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : เจ้าหน้าที่เฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ

วิธีจัดเก็บข้อมูล : เอกสารหลักฐาน หรือเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

สูตรการคำนวณ

1. การตรวจสอบข่าว (Verification) = จำนวนข่าวที่ได้รับการตรวจสอบ (Verification)*100/จำนวนที่ได้รับแจ้งทั้งหมด

2. การแจ้งเตือนข่าว = จำนวนข่าวที่มีการแจ้งเตือนไปยังผู้เกี่ยวข้อง*100/จำนวนข่าวที่ได้รับการตรวจสอบ แล้วพบความผิดปกติทั้งหมด

3. รายงานสอบสวนโรคครบถ้วน = จำนวนรายงานสอบสวนโรค*100/จำนวนเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์ต้องออกสอบสวนโรค

4. การสอบสวนโรคทันเวลา = จำนวนรายงานสอบสวนโรคที่มีการสอบสวนทันเวลาที่กำหนด*100/จำวนรายงานสอบสวนโรคทั้งหมด

5. การเขียนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นทันเวลา = จำนวนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นที่เขียนทันเวลาที่กำหนด *100/จำนวนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นทั้งหมด

6. ความครบถ้วนของการส่งรายงาน 506 รายสัปดาห์ = จำนวนสัปดาห์ที่ส่งรายงาน*100/52

เกณฑ์ประเมินผล รอบที่ 1 (รอบ 6 เดือนแรก ปี 2566)

ขั้นตอนดำเนินการของตัวชี้วัด
1. การจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ - จัดทำคำสั่งแต่งตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
2. ทีมมีศักยภาพทางวิชาการ - จัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาบุคลากรของทีม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง - สมาชิกทีมร้อยละ 80 ขึ้น ได้รับการฝึกอบรมอย่างน้อยในหลักสูตร CDCU - สมาชิกทีมร้อยละ 50 ได้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาบุคลากร หรือจัดการความรู้ หรือประชุมเชิงปฏิบัติการ หรือประชุมถอดบทเรียน
3. ทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน - จัดประชุมสมาชิกทีมเมื่อมีคำสั่งแต่งตั้งทีมฉบับใหม่ หรือกรณีมีการระบาดใหญ่ - หัวหน้าทีม มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ เช่น เป็นประธานในการประชุม จัดสรรสิ่งสนับสนุน นำทีมออกสอบสวน - กิจกรรมหรือสิ่งสนับสนุนที่สร้างขวัญกำลังใจให้สมาชิกทีมที่ออกปฏิบัติงาน
4. ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน - มีหมายเลขโทรศัพท์สื่อสารของทีม - จัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน เพื่อเฝ้าระวังตรวจสอบข่าว แนวทางปฏิบัติเพื่อการสอบสวนและควบคุมโรค ตามเกณฑ์ที่กำหนด - หลักเกณฑ์ในการขอใช้ยานพาหนะของหน่วยงาน/รายการสิ่งสนับสนุน - การจัดงบประมาณเพื่อใช้ในการสอบสวน ควบคุมโรค หรือส่งตัวอย่าง หรือค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ
5. ทีมมีการฝึกซ้อมทักษะที่จำเป็นต่อการสอบสวนโรค - การฝึกซ้อมแผนการสอบสวนควบคุมโรคหรือภัยสุขภาพของหน่วยงานหรือร่วมซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่น
6. ผลการส่งรายงาน 506 รายสัปดาห์ (กำหนดตามสัปดาห์ระบาดวิทยา ปี 2565 - 2566)

เกณฑ์การประเมินผลกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนรอบที่ 1 (รอบ 6 เดือน) ดังนี้

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-6

เกณฑ์ประเมินผล รอบที่ 2 (รอบ 12 เดือน)

ตัวชี้วัด\ คะแนน	1	2	3	4	5
1. ร้อยละการตรวจสอบข่าว (Verification) ที่ได้รับแจ้ง	50	60	70	80	90
2. ร้อยละการแจ้งเตือนข่าวหลังการตรวจสอบไปยังผู้เกี่ยวข้อง	50	60	70	80	90
3. ร้อยละรายงานสอบสวนโรคครบถ้วน	30	40	50	60	70
4. ร้อยละการสอบสวนโรคทันเวลา	30	40	50	60	70
5. ร้อยละการเขียนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นทันเวลา	30	40	50	60	70
6. การเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ	80	80	80	80	80
7. ความครบถ้วนของการส่งรายงาน 506 รายสัปดาห์	60	70	80	90	100

ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (SRRT)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<ร้อยละ 47	≥ ร้อยละ 56	≥ ร้อยละ 64	≥ ร้อยละ 73	≥ ร้อยละ 81

วิธีการประเมินผล

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด	ข้อมูล/หลักฐาน
ด้านความเป็นทีม 1. การจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2. ทีมมีศักยภาพทางวิชาการ 3. ทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน	1. คำสั่งแต่งตั้งทีม/ทำเนียบผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ 2. แผนงานโครงการของทีม/ทะเบียนรายชื่อผู้ผ่านการอบรมหรือหลักฐานแสดงการผ่านการฝึกอบรม/รายงานการพัฒนาบุคลากร 3. รายงานการประชุมของหน่วยงาน และรายงานการประชุมทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ/เอกสารหรือหลักฐานหน่วยงานที่สนับสนุนการสร้างขวัญและกำลังใจ
ด้านความพร้อมและการปฏิบัติงาน 4. ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน 5. ทีมมีการฝึกซ้อมทักษะที่จำเป็นต่อการสอบสวนโรค	4. รายการเครื่องมือ อุปกรณ์ คู่มือ แนวทางในการปฏิบัติงาน/แนวทางการสื่อสารกับเครือข่าย/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน/ระเบียบหลักเกณฑ์ในการขอใช้ยานพาหนะของหน่วยงาน/รายการสิ่งสนับสนุน/เอกสารหลักฐานการจัดสรรงบประมาณ 5. รายงานการซ้อมแผนของหน่วยงาน/รายงานการซ้อมแผนร่วมกับหน่วยงานอื่น
ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน 6. การเฝ้าระวัง เตือนภัย และรายงาน 7. การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ และการควบคุมโรคขั้นต้น	6. ทะเบียนรับแจ้งข่าว หรือรับรายงานการเกิดโรค /จำนวนข่าวที่ได้รับการตรวจสอบ/หลักฐานการแจ้งเตือน/ผลการตรวจจับการระบาด 7. เกณฑ์การออกสอบควบคุมโรคภัย/ถ่ายภาพขณะฝึกปฏิบัติกระบวนการสอบสวนโรค/สำเนารายงานสอบสวนโรค
ด้านผลงาน 8. ผลงานด้านความครบถ้วนของการสอบสวนโรค 9. ผลงานด้านความรวดเร็วในการสอบสวนโรค 10. ผลงานด้านคุณภาพการเขียนรายงานสอบสวนโรค	8. รายงานสอบสวนโรค 9. รายงานสอบสวนการระบาด 10. รายงานสอบสวนการระบาดฉบับสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง : มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2563

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางสาววิลัยวรรณ ปัดถา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 06 5945 5638
e-mail: dc.bkpho@gmail.com
2. นายชำนาญ ไวแสน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1263 6670
e-mail: korror_bk@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : 10. ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ
ค่าน้ำหนัก : 2
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม :

ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ หมายถึง อำเภอมีการดำเนินงานเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ

1. มีการเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโดย

1.1 มีโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards)

1.2 ความสำเร็จของจังหวัดในการดำเนินงานและประเมินตนเองตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด (EOC assessment tool 2019) ซึ่งประกอบด้วย 10 หมวด คือ

หมวดที่ 1 : บริบท
หมวดที่ 2 : ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน
หมวดที่ 3 : กรอบโครงสร้างการทำงาน
หมวดที่ 4 : ระบบข้อมูล
หมวดที่ 5 : Critical Information
หมวดที่ 6 : Incident management and response
หมวดที่ 7 : การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) และการเตือนภัย
หมวดที่ 8 : การสื่อสารภายใน (หมายถึง การสื่อสารภายในระบบ ICS)
หมวดที่ 9 : Coordination and logistical support of field operations
หมวดที่ 10 : Training, Exercise and Evaluation

2. สาธารณภัย หมายถึง สถานการณ์ สภาวการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายรวมถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล

2.1 ความเสี่ยงสาธารณภัย หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้นและนำมาซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ในบริบทของสาธารณภัยจึงหมายความถึง “โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการได้รับผลกระทบทางลบจากการเกิดสาธารณภัยโดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สิน และบริการต่าง ๆ ในระดับบุคคล ชุมชน สังคม หรือประเทศ”

2.2 การประเมินความเสี่ยงสาธารณภัย หมายถึง เป็นกระบวนการที่ช่วยตรวจสอบระดับของความเสี่ยงที่ชุมชนหรือสังคมมีต่อสาธารณภัยโดยการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในด้านที่เกี่ยวกับภัย ความล่อแหลม และความเปราะบาง ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ทรัพย์สิน การบริการ การดำรงชีพ และสิ่งแวดล้อม

3. จังหวัดมีความพร้อมในการเผชิญเหตุเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

3.1 แผนประคองกิจการ (Business Continuity Planning: BCP) หมายถึง แผนเตรียมความพร้อมองค์กรให้สามารถรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในการป้องกัน ตรวจค้น และ

ตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤติที่ เพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามภารกิจขององค์กร

3.2 แผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) หมายถึง แผนเผชิญเหตุที่ถูกจัดทำในขณะเกิดเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับแต่ละห้วงเวลาปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์ เป้าหมายการปฏิบัติการ ห้วงระยะเวลาปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ และกลวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ

4. การฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง ดำเนินการฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับจังหวัดอย่างน้อย 1 ครั้ง พร้อมทั้งมีการทบทวนสรุปบทเรียนที่ได้จากการซ้อมแผนดังกล่าว

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
-ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด	ระดับ	ร้อยละ 75 (8 อำเภอ)	ร้อยละ 100 (8 อำเภอ)	ร้อยละ 100 (8 อำเภอ)

วัตถุประสงค์ :

เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
ร้อยละ 50 (8 อำเภอ)	ร้อยละ 75 (8 อำเภอ)	ร้อยละ 100 (8 อำเภอ)	ร้อยละ 100 (8 อำเภอ)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 8 อำเภอ

วิธีจัดเก็บข้อมูล :

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬประสานและรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานจาก 8 อำเภอ

แหล่งข้อมูล :

ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ

การคำนวณตัวชี้วัด :

สูตรคำนวณ = (A/B) x 100

A = จำนวนอำเภอ ที่ดำเนินการครบ 3 ขั้นตอน

B = จำนวนอำเภอทั้งหมด 8 อำเภอ

ระยะเวลาการประเมินผล : ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) และ ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน)

ที่	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1	การเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 1.1 ปรับปรุงโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) 1.2 อำเภอประเมินตนเองตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (EOC assessment tool 2019)	✓			
2	การประเมินความเสี่ยงสาธารณภัยของพื้นที่ (Risk Assessment) ตามแบบฟอร์มกลาง	✓	✓		
3	3.1 จัดทำ/ปรับปรุงแผนประคองกิจการ (Business Continuity Planning: BCP) ตามแบบฟอร์มกลาง เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ 3.2 จัดทำ/ปรับปรุงแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) ตามแบบฟอร์มกลาง เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ **หมายเหตุ: จัดทำ/ปรับปรุงแผนประคองกิจการ (BCP) และแผนเผชิญเหตุ (IAP) และสาธารณภัยอื่นๆ		✓	✓	
4	การฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับอำเภอ			✓	✓

เกณฑ์การประเมินผล :

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินการ	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
1	การเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 1.1 ปรับปรุงโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) 1.2 อำเภอประเมินตนเองตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (EOC assessment tool 2019)	1.1 คำสั่งและผังโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) และระบุบุคคลและแนวทางการปฏิบัติ (SOP) ของแต่ละกล่องภารกิจ 1.2 รายงานผลการประเมินตนเองของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามแบบประเมิน EOC Assessment Tools

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินการ	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
2	การประเมินความเสี่ยงสาธารณภัยของพื้นที่ (Risk Assessment) ตามแบบฟอร์มกลาง	รายงานผลการประเมินความเสี่ยงสาธารณภัยของพื้นที่
3	3.1 จัดทำ/ปรับปรุงแผนประคองกิจการ (Business Continuity Planning :BCP) ตามแบบฟอร์มกลาง เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ 3.2 จัดทำ/ปรับปรุงแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) ตามแบบฟอร์มกลาง เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ หมายเหตุ : จัดทำ/ปรับปรุงแผนประคองกิจการ (BCP) และแผนเผชิญเหตุ (IAP) และสาธารณภัยอื่นๆ	1. แผนประคองกิจการ (Business Continuity Planning :BCP) เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ 2. แผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) เพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่
4	การฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับอำเภอ	สรุปรายงานการฝึกซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน :

1. หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง)
2. คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค
3. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง
4. เว็บไซต์ https://ddc.moph.go.th/ddce/news.php?news=7033&deptcode=ddcen
5. คู่มือศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน
6. แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2558

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด :

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

1. นายวิทวัช ไกรรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

โทร. 042-492046 ต่อ 114 **โทรศัพท์เคลื่อนที่** 09 0248 2501

e-mail: dc.bkpho@gmail.com

2. นายชำนาญ ไวแสน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร. 0 4249 2046 ต่อ 114 **โทรศัพท์เคลื่อนที่** 08 1263 6670

e-mail: korror_bk@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด **(/) เชิงปริมาณ** **(/) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 11. ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเข้าถึงสื่ออาหารสุขภาพปลอดภัย
ค่าน้ำหนัก ....2...
หน่วยการวัด ระดับ
คำนิยาม

-การเข้าถึงสื่อ(Access) คือ วิธีการแจ้งข่าว รายบุคคล รายกลุ่ม ในรูปของเอกสาร แผ่นพิมพ์ ป้าย เสียงหอกระจายข่าว รถแห่ วิทยุ ผ่านกล้องวงจรปิด รวมช่องทางสื่อออนไลน์ต่างๆ **เช่น**ระบบการสื่อสารที่หน่วยงานหรือหน่วยบริการสนับสนุนผ่านระบบอินเตอร์เน็ต อาทิ เช่น Zoom Meeting หรือ FB Live หรือ Line Video Call /Line Live อื่นๆ ตามความเหมาะสม

อาหารสุขภาพปลอดภัย คือ อาหารท้องถิ่น หรือ อาหารที่ผู้คนในหมู่บ้านรับประทานเป็นประจำ หาได้ง่าย สามารถระบุสรรพคุณคุณค่าทางโภชนาการได้ <u>และผลิตเอง</u> หรือเครื่องหมาย อย.และยังไม่หมดอายุ

สื่ออาหารสุขภาพปลอดภัย คือ วิธีการแจ้งข่าว รายบุคคล รายกลุ่ม เอกสาร แผ่นพิมพ์ ป้าย เสียงหอกระจายข่าว รถแห่ วิทยุ รวมช่องทางสื่อออนไลน์ต่างๆ การนำเสนอ โดยการพูดบรรยาย ประชุม เล่าเรื่อง ใช้ป้าย แผ่นพับ การแสดง ภาพเสียงแสง คลิปวีดีโอ หรือรูปแบบอื่นใด ที่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านอาหารสุภาพปลอดภัยแก่ประชากรในหมู่บ้าน

- การมีส่วนร่วมของประชาชนเข้าถึงสื่อ คือ ขั้นตอนกระบวนการสร้างสื่อชุมชนเพื่อศึกษารูปแบบสื่ออาหารสุขภาพปลอดภัย ขับเคลื่อนการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายโดยชุมชน ประกอบด้วย 5 ระดับ 1)รับรู้<u>นโยบาย</u>สื่ออาหารสุขภาพปลอดภัยของผู้นำและคณะกรรมการหมู่บ้าน ติดประกาศ คนในหมู่บ้านรับรู้ทุกคน 2)ร่วมใช้<u>ข้อมูลสุขภาพ</u>เสนอของ<u>งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือมีแผนงานการใช้สื่อ</u> 3)ร่วมนำเสนอ<u>โครงการ/แผนงาน</u>การสร้างสื่อ แก่ท้องถิ่นหรือหน่วยงานเกี่ยวข้อง 4)เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในหมู่บ้าน<u>ร่วมกันออกแบบสื่อ ตามหลัก SMCR</u> ใช้ในกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพ 5)ร่วมเผยแพร่นำเสนอสรุปผลการใช้สื่อ<u>แนวทางการแก้ไขปัญหาใหม่ๆ</u> ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพก่อโรคในหมู่บ้าน <u>เป็นผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้</u> (สรุป รับนโยบาย รู้ข้อมูล ร่วมเสนอแผน ร่วมออกแบบ ร่วมแก้ไขรับผลสำเร็จ)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
การเข้าถึงสื่อสุขภาพ	ร้อยละ	-	73..8 (เมืองบึงกาฬ=74.3 เซกา=74.4 พรเจริญ=70.6 โซ่พิสัย=77.1 บึงโขงหลง=71.1 ปากคาด=60.0 ศรีวิไล=74.3 บุ่งคล้า=88.2 อำเภอละ30-35คน)	89.3 (เมืองบึงกาฬ=100 เซกา=92.9 พรเจริญ= 92.4 โซ่พิสัย=73.7 บึงโขงหลง=90.4 ปากคาด=100 ศรีวิไล=75 บุ่งคล้า=90 เจาะจง N= 579 คน)

เกณฑ์เป้าหมาย

ประชาชนในหมู่บ้านโดยคำแนะนำของหน่วยบริการปฐมภูมิ(ศสม./รพ.สต.) สมัครเข้าร่วมโครงการเพื่อขับเคลื่อน โดยมีเกณฑ์ประเมิน แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้น 1)รับรู้นโยบายสื่ออาหารสุขภาพปลอดภัยของผู้นำและคณะกรรมการหมู่บ้าน ติดประกาศ คนในหมู่บ้านรับรู้ทุกคน

ขั้น 2) ผ่านขั้น 1) และร่วมใช้ข้อมูลสุขภาพ การร่วมวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วางแผนเสนอของบประมาณและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ มีแผนงานการใช้สื่อ และประเมินการเข้าถึงสื่ออาหารสุขภาพปลอดภัย

ขั้น 3) ผ่านขั้น 2) และร่วมนำเสนอโครงการ/แผนงานการสร้างสื่อ แก่ท้องถิ่นหรือหน่วยงานเกี่ยวข้อง

ขั้น 4) ผ่านขั้น 3) และเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในหมู่บ้านร่วมกันออกแบบสื่อ ตามหลักสื่อสาร (SMCR) ใช้ในกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยคำแนะนำของโภชนากร หรือที่มีความรอบรู้ด้านอาหาร เชื่อถือได้

ขั้น 5) ผ่านขั้น 4) ร่วมเผยแพร่นำเสนอสรุปผลการใช้สื่อแนวทางการแก้ไขปัญหาใหม่ๆ ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพก่อโรคในหมู่บ้าน เป็นผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยประชาชน สมาชิก อสม./ผู้นำชุมชน /สมาชิก อบต./เทศบาล หรือ หัวหน้าครัวเรือน เข้าถึงสื่ออาหารสุขภาพปลอดภัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ขึ้นไป

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

- ประชาชนทั่วไป
- สมาชิก อสม./ผู้นำชุมชน /สมาชิก อบต./เทศบาล หรือ หัวหน้าครัวเรือน

โดยคำแนะนำของหน่วยบริการปฐมภูมิ สมัครใจร่วมโครงการ ขอรับการประเมินผล

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1.แบบเชิงคุณภาพ สังเกตการณ์ จากการติดตามในพื้นที่ เก็บข้อมูลเชิงประจักษ์ การออกแบบสื่อของชุมชน ตามกระบวนการสร้างสื่ออาหารสุขภาพปลอดภัย

2.แบบเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามการเข้าถึงสื่อตามประเด็นค้นพบในหมู่บ้าน โดยเนื้อหาคำถามให้สอดคล้องปัญหา เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาพฤติกรรมก่อโรค

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

-ขั้น 1,2,3,4 ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ลงพื้นที่ถอดบทเรียน(AAR) เยี่ยมติดตามสำรวจ

-ขั้น 5 กลุ่มเป้าหมายการเข้าถึงสื่อสุขภาพแนวทางเดียวกัน ตามประเด็นสื่ออาหารสุขภาพปลอดภัยมากกว่าร้อยละ 70 ขึ้นไป

A= จำนวนสมาชิก อสม./ผู้นำชุมชน /สมาชิก อบต./เทศบาลในหมู่บ้านตอบแบบสอบถามเข้าถึงสื่อ

B=จำนวนสมาชิก อสม./ผู้นำชุมชน /สมาชิก อบต./เทศบาลในหมู่บ้าน (ไม่พอ เพิ่มหัวหน้าครัวเรือน)

สูตร (A/B)x100)

ระยะเวลาการประเมินผล รอบแรก เดือนพฤศจิกายน 2565 - มีนาคม 2566

รอบสอง เดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2566

เกณฑ์การประเมินผล

รอบแรก เดือนพฤศจิกายน 2565 - มีนาคม 2566

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
-	-	-	ผ่านขั้น 1	ผ่านขั้น 2 ขึ้นไป

รอบสอง เดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2566

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ผ่านขั้น 1	ผ่านขั้น1-2	และผ่านขั้น1-3	ผ่านขั้น 1-4	ผ่านขั้น 4

วิธีการประเมินผล

-ระยะ 6 เดือนแรก ร่วมเรียนรู้ และถอดบทเรียน ทำการศึกษาตามรูปแบบ R&D เทคนิคการมีส่วนร่วมใช้ Technology Of Participation (TOP) ตามกระบวนการพัฒนาพฤติกรรม 7 ขั้นตอน (STEP7) ระดมความคิดเห็นให้ตกผลึกทางความคิดแบบ ORID (Objective,Reflective,Interpretive และDecisional) มี Sense, Heart, Head และAction เอื้อให้เกิดแผนและข้อตกลงร่วมหรือมาตรการทางสังคม เกิดกระแสสังคมองคาพยพการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมศึกษาวิถีวัฒนธรรมสุขภาพ นำไปสู่ความยั่งยืนของชุมชน แบบพึ่งพาอาศัยกันโดยใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงใน การดำเนินชีวิต มีรูปแบบอย่างไร และสุ่มประเมินการเข้าถึงสื่อของประชากรตามกลุ่มเป้าหมาย

-ระยะ 12 เดือน ถอดบทเรียน สุ่มประเมินการเข้าถึงสื่อของประชากรตามกลุ่มเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน

-ทฤษฎี SMCR ของเบอร์โล(Berio)

-กระบวนการ การมีส่วนร่วม (Szentendre,1970 อ้างถึงใน สถาบันพระปกเกล้า,2545:30-31)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นายประกันชัย ไกรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานภารกิจสื่อสารฯ
ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ด้านภารกิจการสื่อสารฯ

นางสาวฉัตริญา พรใส เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาปฏิบัติงาน
กลุ่มงานภารกิจสื่อสารและการประชาสัมพันธ์
โทร. 042 492 046 ต่อ 123

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 12. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh) ระดับมาตรฐานขึ้นไป
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh) หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

ระดับมาตรฐาน หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และ มีคะแนนรวม 80 คะแนนขึ้นไป	
หมวด 1 CLEAN การสร้างกระบวนการพัฒนา (5 คะแนน)	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีส่วนร่วมของทุกคนใน รพ.สต. (5 คะแนน)
หมวด 2 G: Garbage การจัดการมูลฝอยทุกประเภท (20 คะแนน)	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะ และเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป พ.ศ. 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (5 คะแนน)
	3. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (10 คะแนน)
	4. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะ และเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (5 คะแนน)
หมวด 3 R: Restroom การพัฒนาส้วมมาตรฐานและการจัดการสิ่งปฏิกูล (15 คะแนน)	5. มีการพัฒนาส้วมให้ได้มาตรฐาน และมีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะ (10 คะแนน)
	6. เป็นแหล่งเรียนรู้ในการส่งเสริมการพัฒนาส้วมสาธารณะให้ได้มาตรฐาน (5 คะแนน)
หมวด 4 E: ENERGY การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร (15 คะแนน)	7. มีมาตรการประหยัดพลังงานและการจัดการทรัพยากรที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร (15 คะแนน)

หมวด 5 E: Environment การจัดการ สิ่งแวดล้อมใน รพ.สต. (25 คะแนน)	8. มีการจัดสภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร สะอาด เป็นระเบียบ มีพื้นที่สีเขียว หรือพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น มีความสะดวกและปลอดภัยสำหรับผู้มารับบริการ (3 คะแนน)
	9. มีการจัดสภาพแวดล้อมภายในอาคารสะอาด สะดวก ปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยผู้มาใช้บริการ (17 คะแนน)
	10. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) การส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร (5 คะแนน)
หมวด 6 N : NUTRITION การส่งเสริมด้าน อาหารและน้ำปลอด โรคปลอดภัยและเป็น แหล่งเรียนรู้ให้กับ ชุมชน (20 คะแนน)	11. ส่งเสริมโภชนาการและสร้างความรอบรู้ในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับท้องถิ่นและชุมชน (5 คะแนน)
	12. จัดให้มีบริการน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด เพียงพอ (10 คะแนน)
	13. การสร้างแหล่งเรียนรู้ด้านอาหารปลอดภัยในชุมชน (5 คะแนน)
ระดับดี หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และ มีคะแนนรวม 90 คะแนนขึ้นไป	
ระดับดีเยี่ยม หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-6 ได้คะแนน 100 คะแนน และ ดำเนินการตามหมวด 7	
หมวด 7 GREEN Community ด้านการส่งเสริมการ พัฒนาชุมชน GREEN	14. การส่งเสริมการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาอนามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์	ร้อยละ			
ระดับมาตรฐาน		-	-	3.28
ระดับดี		-	-	8.19
ระดับดีเยี่ยม		-	-	3.28

เกณฑ์เป้าหมาย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 80

ลำดับ	อำเภอ	จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด	จำนวนที่ผ่านการประเมินระดับมาตรฐานขึ้นไป ปีงบฯ 2565	ร้อยละที่ผ่านการประเมินระดับมาตรฐานขึ้นไป
1	เมืองบึงกาฬ	14	1	7.14
2	เซกา	12	1	8.33
3	โซ่พิสัย	11	1	9.09
4	พรเจริญ	6	1	16.67
5	ศรีวิไล	5	1	20.00
6	บึงโขงหลง	4	2	50.00
7	ปากคาด	6	1	16.67
8	บุ่งคล้า	3	1	33.33
รวม		61	9	14.75

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงาน ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ผ่านระบบออนไลน์ https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและรวบรวมข้อมูลการประเมินในพื้นที่ วิเคราะห์ แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด)

แหล่งข้อมูล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด

สูตรการคำนวณ

1. รายงานข้อมูล A = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป
2. รายงานข้อมูล B = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด

สูตรการคำนวณ (A/B)*100

ระยะเวลาการประเมินผล วิเคราะห์และสรุปผล 12 เดือน (ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566)

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับ	การดำเนินงาน
1	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh) ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 10
2	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh) ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30
3	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh) ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 50
4	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh) ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 60
5	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh) ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 80

ระดับอำเภอ

ประเมินรอบที่ 2 (ประเมินปีละ 1 ครั้ง)

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับ	1	2	3	4	5

วิธีการประเมินผล

ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh)

เอกสารสนับสนุน

1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh)
2. กฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป พ.ศ. 2560
3. กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
4. กฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางสาวสิริรัตน์ อยู่งาน ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 106 โทรศัพท์มือถือ : 08 2226 3151
   โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : parew_p_a@hotmail.com
2. นายไพศาล ไกรรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 106 โทรศัพท์มือถือ : 08 1827 1787
   โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : paisan.k13@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 13.ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge
ค่าน้ำหนัก 3
หน่วยการวัด
คำนิยาม โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

ระดับมาตรฐาน หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ CLEAN+GREEN (13 ข้อ) (คะแนนเต็ม 220 (80%) และคะแนนที่ได้ 176 ขึ้นไป และเงื่อนไขต้องมีผลการดำเนินงานแต่ละหมวดไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80)	
CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา (30 คะแนน)	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร C: Communication L: Leader E: Effectiveness A: Activity N: Network
G : GARBAGE การจัดการมูลฝอยทุกประเภท (30 คะแนน)	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไป ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (10 คะแนน)
	3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไป ตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (10 คะแนน)
	4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 (10 คะแนน)
R : RESTROOM การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล (30 คะแนน)	5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) (25 คะแนน)
	6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (5 คะแนน)

E : ENERGY การจัดการด้านพลังงาน (30 คะแนน)	7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบัน และเป็นรูปธรรม เกิดประสิทธิภาพในการลดการใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร (30 คะแนน)
E : ENVIRONMENT การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (60 คะแนน)	8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ (50 คะแนน)
	9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ (10 คะแนน)
N : NUTRITION การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล (40 คะแนน)	10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร (10 คะแนน)
	11. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร (10 คะแนน)
	12. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (10 คะแนน)
	13. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (10 คะแนน) (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)
ระดับดีเยี่ยม (Excellent) CLEAN + GREEN + Innovation + Network (15 ข้อ) (คะแนนเต็ม 270 (90%) และคะแนนที่ได้ 243 ขึ้นไป และเงื่อนไขประเด็นงานที่ต้องดำเนินการตามกฎหมายต้องผ่านการดำเนินงานทั้งหมด)	
Innovation: การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN (30 คะแนน)	14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน (30 คะแนน)
Network: การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN (20 คะแนน)	15. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community (20 คะแนน)
ระดับท้าทาย (Challenge) - Low Carbon and Climate Resilient Health Care - มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลระดับดีขึ้นไป (Environment) - การจัดการพลังงานในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (Energy) - การจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาล (Garbage) (ไม่มีคะแนน และเงื่อนไขผ่านการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดของมาตรฐานนั้น ๆ)	

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์	ร้อยละ			
ระดับมาตรฐาน (Standard)		-	-	12.5
ระดับดีเยี่ยม (Excellent)		-	-	-
ระดับท้าทาย (Challenge)		-	-	12.5

เกณฑ์เป้าหมาย

โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพท. รพช.)

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงาน ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลการประเมินโรงพยาบาล และรวบรวมข้อมูลการประเมินในพื้นที่ วิเคราะห์ แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง

แหล่งข้อมูล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพท. , รพช.)

สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A = โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพท. รพช.) ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป

2.รายงานข้อมูล B = -

ระยะเวลาการประเมินผล รายไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน (ธันวาคม 2565, มีนาคม 2566 มิถุนายน 2566, กันยายน 2566)

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับ	การดำเนินงาน
1	โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge
2	มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร
3	มีผลการประเมิน CLEAN + GREEN (13 ข้อ) ผ่าน ระดับมาตรฐาน
4	มีผลการประเมิน CLEAN + GREEN + Innovation + Network (15 ข้อ) ผ่าน ระดับดีเยี่ยม
5	มีผลการประเมิน ตามเกณฑ์ที่กำหนดของมาตรฐานนั้น ๆ ได้แก่ มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลระดับดีขึ้นไป (Environment) ผ่าน ระดับท้าทาย (Challenge)

ประเมินรอบที่ 1

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับ ความสำเร็จ	-	-	1	2	3

ประเมินรอบที่ 2

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับ ความสำเร็จ	1	2	3	4	5

วิธีการประเมินผล

1. โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล
2. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge
3. ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส

เอกสารสนับสนุน

1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge
2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล
3. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน
4. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital)
5. คู่มือการดำเนินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางสาวสิริรัตน์ อยู่งาน ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 106 โทรศัพท์มือถือ : 08 2226 3151
   โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : parew_p_a@hotmail.com
2. นายไพศาล ไกรรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 106 โทรศัพท์มือถือ : 08 1827 1787
   โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : paisan.k13@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : 14. ระดับความสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก
ค่าน้ำหนัก : 2
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม:

1. โรคไข้เลือดออก หมายถึง โรคที่ได้รับการวินิจฉัยอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกและ/หรือมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการว่าป่วยด้วยไข้เลือดออกทุกกลุ่มอาการ ได้แก่ Dengue Fever (DF), Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) และ Dengue Shock Syndrome (DSS)

2. ค่ามัธยฐาน 5 ปี หมายถึง ค่ามัธยฐาน อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก แต่ละอำเภอ นับจาก ปี 2561 – 2565 (ข้อมูลจากรายงาน 506) ในช่วงเวลาเดียวกัน

3. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่เดือนมกราคม – สิ้นเดือนก่อนเดือนที่มีการประเมิน x 100,000/จำนวนประชากรกลางปี 2565

4. อัตราตายโรคไข้เลือดออก หมายถึง จำนวนผู้เสียชีวิตโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่เดือนมกราคม–สิ้นเดือนก่อนเดือนที่มีการประเมิน x 100,000/จำนวนประชากรกลางปี 2565

5. การเฝ้าระวังโรค หมายถึง การติดตาม สังเกต พินิจพิจารณา ลักษณะการเปลี่ยนแปลง ของการเกิด การกระจายของโรค หรือปัญหาสาธารณสุขรวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ อย่างต่อเนื่องด้วยกระบวนการที่เป็นระบบ ประกอบด้วย การรวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์แปลผล และกระจายข้อมูลข่าวสารสู่ผู้ใช้ ประโยชน์ เพื่อการวางแผน กำหนดนโยบาย การปฏิบัติงาน และการประเมินมาตรการควบคุมป้องกันโรคอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

6. การควบคุมโรค หมายถึง การลดอัตราการเกิดโรคให้ต่ำลงในระดับที่ไม่เป็นปัญหา หรือควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรค ซึ่งจะเป็นผลทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพที่รุนแรงขึ้นในชุมชน

7. สอบสวนโรค คือ กระบวนการสอบสวนหาสาเหตุของการเกิดโรค พร้อมเขียนรายงานสอบสวนโรคตามเกณฑ์ทางระบาดวิทยา

8. การเกิดโรค Generation ที่ 2 หมายถึง การนับรุ่นของการเกิดโรคในผู้ป่วย โดยนับระยะเวลาเป็น 2 เท่าของระยะฟักตัวที่ยาวที่สุด (14 วัน) นับจากวันเริ่มป่วยในหมู่บ้าน/ชุมชนเดียวกัน

9. หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
1. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกร้อยละ 15 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ร้อยละ	เพิ่มขึ้นร้อยละ 70 (ไม่ผ่าน)	ลดลงร้อยละ 85.33 (ผ่าน)	ลดลงร้อยละ 76.08 (ผ่าน)
2. ไม่มีอัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก		0 ราย (ผ่าน)	0 ราย (ผ่าน)	0 ราย (ผ่าน)

เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกร้อยละ 15 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ทีมปฏิบัติการควบคุมโรค 8 อำเภอ ของจังหวัดบึงกาฬ
วิธีจัดเก็บข้อมูล : โปรแกรมรายงานโรค R 506 ของกองระบาดวิทยา และโปรแกรมรายงานโรค R 506 Dashboard ของเขตสุขภาพที่ 8

สูตรการคำนวณ :

1. อัตราป่วย = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก} \times 100{,}000}{\text{ประชากรกลางปี 2565}}$

2. ค่าเป้าหมายลดโรค = $\frac{(\text{ค่ามัธยฐานปี (61-65)} - \text{อัตราป่วยปี 65}) \times 100}{\text{ค่ามัธยฐานปี 61-65}}$

ระยะเวลาการประเมินผล ติดตามผล

รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566
รอบที่ 2 : มีนาคม 2566 – สิงหาคม 2566

วิธีการประเมินผล (รอบที่ 1 และ 2)

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	หลักฐานประกอบการประเมินผล
1	**ระบบงาน** -มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ -มีการจัดทำข้อมูลสถานการณ์ไข้เลือดออกระดับตำบล/อำเภอ พร้อม mapping ผู้ป่วยไข้เลือดออก -มีแผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	เอกสารตามรายการที่กำหนด(Check List)
2	**บุคลากร** -บุคลากรสาธารณสุขในทุกหน่วยบริการสาธารณสุข ได้รับการประชุม/อบรมเรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมและรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก	รูปภาพกิจกรรมการอบรม
3	**3 กิจกรรมควบคุมโรค** -มีการรณรงค์สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและประเมินความรอบรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชน -มีการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายและกำจัดลูกน้ำยุงลายให้ไม่เกินค่ามาตรฐาน (ชุมชน/หมู่บ้านมีค่า HI < 10) โรงเรียน หน่วยงาน องค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน โรงพยาบาลภาครัฐ มีค่า CI = 0) -มีการแจ้ง/รายงานให้ทีมปฏิบัติการควบคุมโรค ออกดำเนินการสอบสวน ป้องกันและควบคุมโรคตามมาตรฐาน 331 -มีรายงานการสอบสวนโรค หลักฐานการปฏิบัติงาน	-แฟ้มเอกสาร/เอกสารอิเลกทรอนิกส์ตามรายการที่อ้างอิง
4	**การรักษาพยาบาล**	

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	หลักฐานประกอบการประเมินผล
	-ผู้ป่วยไข้เลือดออกได้รับการวินิจฉัย และได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน -ไม่มีผู้ป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก	-CPG มาตรฐานการรักษาโรคไข้เลือดออก -รายงานการตายด้วยโรคไข้เลือดออก โปรแกรม 506
5	**อัตราป่วย** -อัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกลดลง ≥ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐานปี 2561-2565	ข้อมูลสรุปรายการ

หมายเหตุ อำเภอใดไม่มีผู้ป่วย จะประเมินกิจกรรมขั้นตอนที่ 1–3 ให้ 5 คะแนน

เกณฑ์การประเมินผลกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

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

เอกสารสนับสนุน

1. แผนงาน/โครงการ
2. คำสั่ง/รายงานการประชุม/การอบรม
3. บันทึกกิจกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
4. ทะเบียนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก
5. บันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย/การส่งต่อผู้ป่วย
6. บันทึกการให้สุขศึกษา/ประชาสัมพันธ์
7. ภาพกิจกรรมการรณรงค์/การดำเนินงาน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางาสาวหทัยชนก หล้าพรหม นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทร. 042-492046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 09 8143 6632 **e-mail**: 0981436632p@gmail.com	**2. นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ** กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทร. 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1263 6670 **e-mail**: korror_bk@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 15. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตามกฎหมาย (ผ่านพื้นฐานขึ้นไป)
ค่าน้ำหนัก 1.5
หน่วยการวัด
คำนิยาม
ตลาด หมายถึง สถานที่ซึ่งปกติจัดไว้ให้ผู้ค้าใช้เป็นที่ชุมนุมเพื่อจำหน่ายสินค้าประเภทสัตว์ เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ หรืออาหารที่มีสภาพเป็นของสด ปะกอบ หรือปรุงแล้วหรือของเสียง่าย ทั้งนี้ไม่ว่าจะมีการจำหน่ายสินค้าประเภทอื่นหรือไม่ก็ตามและหมายความรวมถึงบริเวณซึ่งจัดไว้สำหรับผู้ค้าใช้เป็นที่ชุมนุมเพื่อจำหน่ายสินค้าประเภทดังกล่าวเป็นประจำหรือเป็นครั้งคราวหรือตามวันที่กำหนด

ตามกฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ. 2551 ออกตามความในพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ได้จำแนกตลาดออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

- ตลาดประเภทที่ 1 ได้แก่ตลาดที่มีโครงสร้างอาคาร
- ตลาดประเภทที่ 2 ได้แก่ตลาดที่ไม่มีโครงสร้างอาคาร

มาตรฐาน ตลาดสดน่าซื้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน 50 ข้อ ครอบคลุมผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) เจ้าของหรือผู้จัดการตลาด 2) ผู้ขาย/ผู้ช่วยขายของ และ 3) ผู้ซื้อ/ผู้บริโภค

การจัดระดับมาตรฐาน : - ระดับพื้นฐาน ต้องผ่านการประเมินด้านที่ 1 ทุกข้อ (41 ข้อ)
- ระดับดี ต้องผ่านการประเมินด้านที่ 1 และ 2 ทุกข้อ (41+5 ข้อ)
- ระดับดีมาก ต้องผ่านการประเมินครบ 4 ด้าน (50 ข้อ)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
-	-	ไม่เป็นตัวชี้วัด	ไม่เป็นตัวชี้วัด	ไม่เป็นตัวชี้วัด

เกณฑ์เป้าหมาย ตลาดประเภทที่ 1 ทุกแห่ง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 8 อำเภอ
วิธีจัดเก็บข้อมูล โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และรายงานผลการดำเนินตามตัวชี้วัดรายไตรมาสมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
แหล่งข้อมูล โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/องค์กรปกครองส่วนท่องถิ่น
สูตรการคำนวณ A

1.รายงานข้อมูล A = อำเภอมีการพัฒนาตลาดประเภทที่ 1 ตามเกณฑ์มาตรฐาน
2.รายงานข้อมูล B = -

ระยะเวลาการประเมินผล รอบ 9 เดือน (มิถุนายน 2566)

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
มีการประเมินตนเองโดยเจ้าของตลาด/ผู้ดูแล	มีการประเมินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และตรวจเฝ้าระวังอาหารอย่างน้อย 1 รอบ	-ผ่านมาตรฐานด้านที่ 1 สุขาภิบาลอาหาร จำนวน 21 ข้อ และมีแผนการอบรมผู้ขายของและผู้ช่วยขายด้านสุขาภิบาลอาหาร (ตามกฎกระทรวงฯ)	-ผ่านมาตรฐานด้านที่ 1 สุขาภิบาลอาหาร จำนวน 31 ข้อ และจัดอบรมผู้ขายของและผู้ช่วยขายด้านสุขาภิบาลอาหาร(ตามกฎกระทรวงฯ)	-ผ่านมาตรฐานด้านที่ 1 สุขาภิบาลอาหาร จำนวน 41 ข้อและจัดอบรมผู้ขายของและผู้ช่วยขายด้านสุขาภิบาลอาหาร(ตามกฎกระทรวงฯ)

ระดับอำเภอ

ประเมินรอบที่ 1

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

ประเมินรอบที่ 2 (รอบ 9 เดือน)

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

วิธีการประเมินผล

1. รพ/สสอ. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตลาดสดน่าซื้อ
2. สสจ. ประสานและขับเคลื่อนตามตัวชี้วัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ และรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด

เอกสารสนับสนุน

1. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2560
2. คู่มือการพัฒนาและยกระดับมาตรฐาน อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health)
3. กฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.2551
4. คู่มือตลาดนัด น่าซื้อ
5. กฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561
6. คู่มืออาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste)
7. คู่มือตลาดสดน่าซื้อ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1.นางสาวจริญา บุดพา ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ 106 โทรศัพท์มือถือ : 0661615993
โทรสาร : 042-492001 E-mail : jariyaboodpha@gmail.com
LINE ID : ammy_jariya
สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
2. นายไพศาล ไกรรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 42-492046 ต่อ 101 โทรศัพท์มือถือ : 081-8271787
โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : paisan.k13@gmail.com
กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 . ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 16.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาตลาดประเภทที่ 2 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ (ผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป)
ค่าน้ำหนัก 1.5
หน่วยการวัด
คำนิยาม

ตลาด หมายถึง สถานที่ซึ่งปกติจัดไว้ให้ผู้ค้าใช้เป็นที่ชุมนุมเพื่อจำหน่ายสินค้าประเภทสัตว์ เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ หรืออาหารที่มีสภาพเป็นของสด ปะกอบ หรือปรุงแล้วหรือของเสียง่าย ทั้งนี้ไม่ว่าจะมีการจำหน่ายสินค้าประเภทอื่นหรือไม่ก็ตามและหมายความรวมถึงบริเวณซึ่งจัดไว้สำหรับผู้ค้าใช้เป็นที่ชุมนุมเพื่อจำหน่ายสินค้าประเภทดังกล่าวเป็นประจำหรือเป็นครั้งคราวหรือตามวันที่กำหนด

ตามกฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ. 2551 ออกตามความในพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ได้จำแนกตลาดออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

- ตลาดประเภทที่ 1 ได้แก่ตลาดที่มีโครงสร้างอาคาร
- ตลาดประเภทที่ 2 ได้แก่ตลาดที่ไม่มีโครงสร้างอาคาร

มาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market) หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ 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

ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	
1	มีทะเบียนผู้ขายของในตลาด โดยระบุประเภทสินค้าที่จำหน่าย
2	กรณีมีโครงสร้างเฉพาะเสาและหลังคา โครงสร้างคลุม ผ้าใบ เต็นท์ ร่ม หรือสิ่งอื่นใดในลักษณะเดียวกันต้องอยู่ในสภาพที่มั่งคงแข็งแรง
3	บริเวณสำหรับขายของประเภทอาหารสด ต้องจัดเป็นสัดส่วนโดยเฉพาะ โดยมีลักษณะเป็นพื้นเรียบ แข็งแรง ไม่ลื่น ไม่มีน้ำขัง
4	จัดให้มีการป้องกันไม่ให้น้ำหรือของเหลวจากแผงจำหน่ายอาหารประเภทเนื้อสัตว์ชำแหละไหลลงสู่พื้นตลาด
5	แผงจำหน่ายอาหารทำด้วยวัสดุถาวร เรียบ ทำความสะอาดง่าย สูงจากพื้น ไม่น้อยกว่า 60 และอาจเป็นแบบพับเก็บได้
6	อาหารปรุงสำเร็จต้องมีการปกปิด
7	ผู้ขายของและผู้ช่วยขายของ สินค้าประเภทอาหาร ต้องสวมผ้ากันเปื้อนและหมวกหรือเน็ทคลุมผม และปฏิบัติตามหลักสุขอนามัยส่วนบุคคล และในกรณีที่มีการปรุงอาหาร ต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร
8	มีที่เก็บรวบรวม หรือที่รองรับมูลฝอยอย่างเพียงพอและถูกสุขลักษณะ
9	มีการทำความสะอาดตลาดเป็นประจำทุกวันที่เปิดทำการ

10	แผงจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์การตรวจสอบสารปนเปื้อน 4 ชนิด ได้แก่ ฟอร์มาลิน สารกันรา สารบอแรกซ์ สารฟอกขาว
ผ่านเกณฑ์ระดับดี	
11	จัดให้มีน้ำประปาหรือน้ำสะอาดใช้อย่างเพียงพอ
12	จัดให้มีห้องส้วม ที่ปัสสาวะและอ่างล้างมือที่เพียงพอและถูกสุขลักษณะ
13	เครื่องมือ เครื่องใช้ และภาชนะอุปกรณ์ ต้องสะอาดและปลอดภัย มีการล้างทำความสะอาดและจัดเก็บอย่างถูกต้อง
14	ไม่ใช้แสงหรือวัสดุอื่นใดที่ทำให้ผู้บริโภคมองเห็นอาหารต่างจากสภาพจริง
15	อาหารสดเฉพาะเนื้อสัตว์ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ และอาหารทะเล เก็บรักษาในอุณหภูมิที่เหมาะสม
ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	
16	ทางเดินในตลาดมีความกว้างไม่น้อยกว่า 2 เมตร
17	ผู้ขายของและผู้ช่วยขายของต้องผ่านการอบรมความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร
18	จัดให้มีที่ล้างทำความสะอาดและภาชนะ ในบริเวณแผงจำหน่ายอาหารสด แผงจำหน่ายอาหารประเภทเนื้อสัตว์ชำแหละ และแผงจำหน่ายอาหารประเภทปรุงสำเร็จ
19	มีการกำจัดน้ำทิ้งจากจุดที่มีที่ล้างอย่างถูกสุขลักษณะ และไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ประชาชนข้างเคียง
20	มีการควบคุมดูแลมิให้เกิดเหตุรำคาญ มลพิษ ที่เป็นอันตราย หรือการระบาดของโรคติดต่อ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ระดับดี		ไม่เป็นตัวชีวัด	ไม่เป็นตัวชีวัด	พฐ. 6 แห่ง ดี 1 แห่ง

เกณฑ์เป้าหมาย ตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market) อำเภอละ 1 แห่ง ผ่านเกณฑ์พื้นฐานขึ้นไป

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 8 อำเภอ

วิธีจัดเก็บข้อมูล โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และรายงานผลการดำเนินตามตัวชี้วัดรายไตรมาส มายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

แหล่งข้อมูล โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สูตรการคำนวณ A

1.รายงานข้อมูล A = อำเภอมีการพัฒนาตลาดนัดน่าซื้อ ตามเกณฑ์เป้าหมาย

2.รายงานข้อมูล B = -

ระยะเวลาการประเมินผล รอบ 9 เดือน (มิถุนายน 66)

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน อย่างน้อย 7 ข้อ	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 10 ข้อ (ตรวจอาหารอย่างน้อย 1 รอบ)	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน (ตรวจอาหารอย่างน้อย ๑ รอบ) และมีแผนการอบรมผู้ขายของและผู้ช่วยขายด้านสุขาภิบาลอาหาร (ตามกฎกระทรวงฯ)	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน (ตรวจอาหารอย่างน้อย ๑ รอบ) และจัดอบรมผู้ขายของและผู้ช่วยขายด้านสุขาภิบาลอาหาร (ตามกฎกระทรวงฯ) และผ่านการอบรมร้อยละ10 ขึ้นไป ของจำนวนผู้ขายของและผู้ช่วย	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน (ตรวจอาหารอย่างน้อย 1 รอบ) และจัดอบรมผู้ขายของและผู้ช่วยขายด้านสุขาภิบาลอาหาร (ตามกฎกระทรวงฯ) และผ่านการอบรมร้อยละ20 ขึ้นไป ของจำนวนผู้ขายของและผู้ช่วย

ระดับอำเภอ

ประเมินรอบที่ 2 (ประเมินปีละ 1 ครั้ง)

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

วิธีการประเมินผล

1. รพ/สสอ. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market)
2. สสจ. ประสานและขับเคลื่อนตามตัวชี้วัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ และรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด

เอกสารสนับสนุน

1. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2560
2. คู่มือการพัฒนาและยกระดับมาตรฐาน อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health)
3. กฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.2551
4. คู่มือตลาดนัด น่าซื้อ
5. กฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561
6. คู่มืออาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste)
7. คู่มือตลาดสด น่าซื้อ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1.นางสาวจริญา บุดพา ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ 106 โทรศัพท์มือถือ : 0661615993
โทรสาร : 042-492001 E-mail : jariyaboodpha@gmail.com
LINE ID : ammy_jariya
สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
2. นายไพศาล ไกรรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 42-492046 ต่อ 101 โทรศัพท์มือถือ : 081-8271787
โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : paisan.k13@gmail.com
กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 17.ร้อยละของหมู่บ้านที่มีการดำเนินงานตามเกณฑ์บ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

บ้าน หมายถึง สิ่งปลูกสร้างสำหรับเป็นที่อยู่อาศัย, บริเวณที่เรือนตั้งอยู่, โรงเรือนหรือสิ่งปลูกสร้างสำหรับใช้เป็นที่อยู่อาศัย ซึ่งมีเจ้าบ้านครอบครอง

เครื่องมือการประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ ซึ่งมีรายละเอียดของเกณฑ์การประเมินให้สอดคล้องกับเกณฑ์การประกวดจังหวัดสะอาด ของกระทรวงมหาดไทย จำนวน 10 ข้อ ดังนี้

(1) ภายในบ้านและบริเวณโดยรอบสะอาด ไม่มีแหล่งเพาะพันธ์ของสัตว์และแมลงนำโรค เช่น ยุง แมลงวัน หนู แมลงสาบ
(2) ห้องน้ำสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ไม่มีลูกน้ำยุงลาย
(3) การจัดการสิ่งปฏิกูล สภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูล ถังกักเก็บ ไม่ชำรุด และไม่ปล่อยสิ่งปฏิกูลลงสู่แหล่งน้ำก่อนได้รับการบำบัด
(4) การจัดการขยะ มีการคัดแยกขยะภายในบ้าน เป็น ขยะอินทรีย์ ขยะทั่วไป ขยะอันตราย ขยะรีไซเคิล ขยะติดเชื้อ
(5) ขยะแต่ละประเภทได้รับการจัดการตามหลักสุขาภิบาล
(6) มีภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสม เพียงพอต่อประมาณขยะที่เกิดขึ้น
(7) มีการจัดหาน้ำสะอาดเพื่ออุปโภค บริโภค ที่เพียงพอ
(8) ห้องครัวสะอาด มีสถานที่และอุปกรณ์เครื่องครัวที่สะอาด ล้างและเก็บอย่างถูกวิธี และใช้สารปรุงแต่งอาหาร เครื่องปรุงที่ปลอดภัย
(9) มีการเก็บยา หรือสารเคมีอันตราย แยกเป็นสัดส่วนให้พ้นมือเด็ก
(10)สมาชิกในเครัวเรือน เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของหมู่บ้าน ชุมชน

การประเมินผล

1. ประเมินบ้านแต่ละหลัง ผ่าน 10 ข้อ หมายถึง ผ่านเกณฑ์
2. ประเมินหมู่บ้าน/ชุมชน มีบ้านที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 หมายถึง ผ่านเกณฑ์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
หมู่บ้าน	ร้อยละ	95	95	89

เกณฑ์เป้าหมาย อำเภอ ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 100 %

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หมู่บ้านในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 617 หมู่บ้าน

วิธีจัดเก็บข้อมูล 1. หมู่บ้านและตำบลประเมินตนเองตามเกณฑ์บ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์

2. เจ้าหน้าที่หรือ อสม. ประเมิน ส่งผลการประเมินให้สำนักงานสาธารรสุขจังหวัดบึงกาฬ

แหล่งข้อมูล รพท./รพช./สสอ./รพ.สต./อปท./หมู่บ้าน

สูตรการคำนวณ

รายการข้อมูล A = จำนวนหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์บ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์

รายการข้อมูล B = จำนวนหมู่บ้านทั้งหมดในอำเภอ

สูตรการคำนวณ (A/B)*100

ระยะเวลาการประเมินผล 6, 12 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
หมู่บ้านผ่านเกณฑ์บ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์ ร้อยละ10	หมู่บ้านผ่านเกณฑ์บ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์ ร้อยละ30	หมู่บ้านผ่านเกณฑ์บ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์ ร้อยละ 50	หมู่บ้านผ่านเกณฑ์บ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีตสมบูรณ์ ร้อยละ 60

ระดับอำเภอ

รอบที่ 1

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	-	-	10	20	30

รอบที่ 2

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	20	30	40	50	60

วิธีการประเมินผล

1. หมู่บ้าน ตำบลประเมินตนเองตามเกณฑ์บ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์
2. ทีมประเมินระดับอำเภอทำการประเมินตามเกณฑ์บ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์
3. อำเภอสรุปและรายงานผลการประเมินให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬทุกรอบ 6,12 เดือน
4. เจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดสุ่มประเมินหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

เอกสารสนับสนุน คู่มือโครงการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ชื่อ – สกุล นางสาวน้ำฝน มีนิล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ : 085-5892153 โทรสาร : 0 4249 2001
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

ยุทธศาสตร์ที่ 2

Service Excellent

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : 18.ร้อยละการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของตำบลจัดการสุขภาพ
ค่าน้ำหนัก : **2.5**
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม :

การดำเนินงานของตำบลจัดการสุขภาพในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ตำบลมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ เพื่อแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้

1. มีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยอุจจาระ/ปัสสาวะ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อายุ 15 ปีขึ้นไป ผู้ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับได้รับการรักษาและติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย

2. จัดการเรียนการสอนความรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเยาวชนคนรุ่นใหม่ สร้างพฤติกรรมกินปลาน้ำจืดสุกด้วยความร้อน สร้างนวัตกรรมอาหารปลอดภัยจากพยาธิในพื้นที่ กระบวนการจัดการความรู้ การจัดสิ่งแวดล้อม

3. การจัดการสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูลด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม/ข้อตกลงของชุมชน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนนำในการสนับสนุน

4. มีการสื่อสารสาธารณะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ดำเนินงาน

ตำบลในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ (โครงการพระราชดำริ) หมายถึง ตำบลที่มี การดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างเป็นระบบเพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชพร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าฯพระบรมราชินีนาถทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา ประกอบด้วย ๒ กิจกรรมหลักต่อไปนี้

1. กิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrine*: OV) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในชุมชนและสถานศึกษา ของตำบลนำร่อง ประกอบด้วย ๕ กิจกรรมหลัก ต่อไปนี้

1.1 การสำรวจ เก็บและตรวจอุจจาระประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.2 การรักษาผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ (OV)

1.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ (OV)

1.4 การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย/ชุมชน รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ได้รับความรู้ (สุขศึกษา) สร้างกระแสในชุมชนและสถานศึกษา เพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตับและมะเร็งท่อน้ำดี

1.5 มีระบบฐานข้อมูลและบันทึกข้อมูลการดำเนินงานทุกกิจกรรมในฐานข้อมูลที่กำหนด

**** หมายเหตุ** : พื้นที่สามารถดำเนินกิจกรรมอื่นๆ เพื่อสนับสนุนงานเฝ้าระวังฯ ในพื้นที่ เช่น อบรมแกนนำนักเรียน/อสม. เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อบรมครู ข หลักสูตร OV-CCA ในสถานศึกษา และผลักดันให้นำไปใช้ในหลักสูตรการเรียนการสอน การเฝ้าระวังโรคหนอนพยาธิในนักเรียนฯ

2. กิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma: CCA) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปในชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรม ต่อไปนี้

2.1 การสำรวจประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในชุมชน

2.2 การตรวจอัลตราซาวด์กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี ณ โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลชุมชน และออกพื้นที่ร่วมกับทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญคัดกรองในชุมชน

2.3 กรณีพบความผิดปกติ หรือมีอาการสงสัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ให้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลบึงกาฬเพื่อตรวจยืนยัน/รักษา

2.4 รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้สุขศึกษา สร้างกระแสแก่ประชาชนในชุมชนและสถานศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี

2.5 บันทึกข้อมูลการดำเนินงานทุกกิจกรรมในฐานข้อมูลที่กำหนด

แบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) หมายถึง เครื่องมือสำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี ตามเกณฑ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น

กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 5 ข้อดังต่อไปนี้

1. มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
2. เคยกินปลาเกล็ดขาวดิบ
3. เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ
4. เคยกินปลาร้าดิบ
5. มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

ฐานข้อมูล R506 หมายถึง ระบบสารสนเทศที่ใช้สำหรับการรายงานข้อมูลผลการตรวจอุจจาระค้นหาพยาธิใบไม้ตับ โดยให้รายงานผลที่ตรวจทั้งหมด ทั้งผลตรวจพบเชื้อและผลตรวจไม่พบเชื้อ ในฐานข้อมูล R 506 โดยใช้รหัส B 66.0 สำหรับผลตรวจทุกราย

ฐานข้อมูล Isan Cohort หมายถึง ระบบสารสนเทศทางสุขภาพ ภายใต้โครงการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Cholangiocarcinoma Screening and Care Program: CASCAP) โดยมุ่งเน้นให้หน่วยงานระดับพื้นที่ได้จัดการข้อมูลการดำเนินงานโรคมะเร็งท่อน้ำดี ที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ สร้างองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ และเชื่อมโยงกับการทำงานตามปกติของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข สะดวกและเกิดประโยชน์ทั้งด้านการวิจัย และการดำเนินงานประจำ รวมทั้งการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ (ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งท่อน้ำดีระดับโรงพยาบาล (รพท./รพช.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) ทุกแห่ง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ตำบลใช้โปรแกรมและบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล Health Data Center (HDC), Isan Cohort และ R506

*****หมายเหตุ** : ช่องทาง web site https://cloud.cascap.in.th

คณะทำงาน OVCCA ระดับอำเภอ หมายถึง คณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ ดังนี้

1. บุคลากรทางการแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขของโรงพยาบาล (รพท/รพช) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)
3. สถานศึกษา
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) <u>หรือ</u>

5. กลุ่มแม่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละของตำบลในการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ	ร้อยละ	100	100	100

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 100

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :

1. ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ตำบลต้นแบบในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ

2. ประชากรกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ ประชาชน อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี

วิธีจัดเก็บข้อมูล :

เก็บข้อมูลจากโปรแกรมฐานข้อมูลผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชพร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าฯพระบรมราชินีนาถทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC), Isan Cohort และ R506

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A = จำนวนตำบลที่ดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

2.รายงานข้อมูล B = จำนวนตำบลเป้าหมาย

1. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง OV ได้รับการตรวจอุจจาระ

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

2. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง OV ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

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

3. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง CCA ได้รับการตรวจอัลตร้าซาวด์และรักษา

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

4. ร้อยละของหมู่บ้านได้รับความรอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Health Literate Community)

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

ระยะเวลาการติดตามประเมินผล

รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 - กุมภาพันธ์ 2566

รอบที่ 2 : มีนาคม 2566 - สิงหาคม 2566

เกณฑ์การประเมินผล :

การให้คะแนน รอบที่ 1

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
<u>มีแผนงาน/คำสั่ง</u> 1.1 จัดทำแผนงาน/โครงการสนับสนุนการดำเนินงาน OVCCA 1.2 จัดทำคำสั่งคณะทำงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีครอบคลุมทุกองค์ประกอบ	**<u>มีการประชุมคณะทำงาน OVCCA ระดับอำเภอ</u>** (อย่างน้อย 1 ครั้ง) ครอบคลุมเนื้อหาการประชุม ดังนี้ 1. นำข้อมูลจากฐานข้อมูล Isan cohort หรือผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อทบทวนวิเคราะห์สภาพปัญหา OVCCA ระดับพื้นที่ 2. หารือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาร่วมกันพร้อมระบุหน่วยงานรับผิดชอบ	**<u>มีกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ</u>** 3.1 สำรวจ เก็บและตรวจอุจจาระประชาชนกลุ่มเสี่ยง OV 3.2 การรักษาผู้ติดเชื้อ OV ด้วยยา 3.3 การปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง OV	**<u>การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย/ชุมชน</u>** 4. 1 รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ (สุขศึกษา) สร้างกระแสในชุมชน 4. 2 รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ (สุขศึกษา) สร้างกระแสในสถานศึกษา	**<u>มีระบบฐานข้อมูล</u>** 5.1 บันทึกข้อมูลการตรวจอุจจาระในฐานข้อมูล R 506 5.2 บันทึกข้อมูลการตรวจอุจจาระและการตรวจอัลตราซาวด์ในฐานข้อมูล Isan Cohort 5.3 บันทึกข้อมูลการตรวจอุจจาระและการตรวจอัลตราซาวด์ในฐานข้อมูล Health Data Center (HDC)

การให้คะแนน รอบที่ 2

กิจกรรมดำเนินงาน	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน					คะแนนที่ได้ (Ci)	คะแนนถ่วงน้ำหนัก (WixCi)
		1	2	3	4	5		
1. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง OV ได้รับการตรวจอุจจาระ	0.5	60	70	80	90	100	C1	W1xC1
2. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง OV ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	0.5	80	85	90	95	100	C2	W2xC2
3. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง CCA ได้รับการตรวจอัลตร้าซาวด์และรักษา	0.5	80	85	90	95	100	C3	W3xC3
4. ร้อยละของหมู่บ้านได้รับความรอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Health Literate Community)	0.5	80	85	90	95	100	C4	W4xC4
รวม	2						**Σ(WixCi)**	

วิธีการประเมินผล

ประเมินผลการดำเนินงานโดยให้คะแนนตามเกณฑ์ผลงานในแต่ละรอบประเมินตามกิจกรรมการดำเนินการและใช้ข้อมูลในเอกสารที่สนับสนุนและหลักฐานเชิงประจักษ์

เอกสารสนับสนุน

1. แผนการดำเนินงาน สำเนาแผนงาน/โครงการ สำเนาคำสั่งฯ
2. แบบรายงานผลการดำเนินงาน ระเบียบวาระการประชุมหน่วยราชการระดับอำเภอ/ตำบลหรือหนังสือเชิญประชุมหรือใบลงทะเบียน รายงานสรุปผลการประชุม
3. แบบสรุปผลการดำเนินกิจกรรม พร้อมแนบภาพถ่ายกิจกรรม
4. ฐานข้อมูล Isan cohort
5. ฐานข้อมูล R506
6. ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด :

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

1. นางสาวหทัยกาญจน์ ยางศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

โทรศัพท์: 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่: 08 9395 3114

e-mail: hathaikanatom@gmail.com

2. นายชำนาญ ไวแสน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1263 6670

e-mail: korror_bk@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 2.พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 19. ร้อยละครอบครัวเป้าหมายมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ 75
คำนิยาม

ครอบครัวที่มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลและจัดการสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่

(1) คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า
(2) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด
(3) ออกกำลังกายที่เหมาะสม
(4) ดูแลสุขภาพจิตใจ
(5) ดูแลสุขภาพช่องปาก
(6) ปฏิบัติตัวตามมาตรการ DMHT : Distancing, Mask Wearing, Hand Washing, Testing
(7) จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ

อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อทำหน้าที่ดูแลและจัดการสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมายในครอบครัว

กรณี ครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง อาจคัดเลือกเพื่อนบ้านที่สมัครใจให้เป็น อสค. ได้

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละครอบครัวเป้าหมายมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 75	4,556 คน 100 %	4,556 คน 100 %	4,556 คน 100 %

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 75
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ครอบครัวที่มี

1. ผู้สูงอายุติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) ติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน)
2. ผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 2 3 และ 4
3. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข
จากฐานข้อมูล Thaiphc.net ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมายผู้ป่วย (คน /ครอบครัว)			เป้าหมาย อสค. (คน)
		LTC	CKD	NCD/ ผู้ด้อยโอกาส	
1	เมืองบึงกาฬ	781	200	184	1,165
2	โซ่พิสัย	183	165	162	510
3	บุ่งคล้า	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

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1.จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสค.

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลการสมัครมาบันทึกข้อมูลลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th

2. การจัดเก็บข้อมูลประเมินศักยภาพครอบครัว

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสม. และ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค. โดยการประเมินด้วยตนเอง (Self Assessment) แล้วบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลบนเว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/ หรือ www.thaiphc.net ฐานข้อมูล (www.thaiphc.net)

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลและจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.รายงานข้อมูล B = จำนวนครอบครัวกลุ่มเป้าหมาย

ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด = $\frac{A \times 100}{B}$

ระยะเวลาการประเมินผล รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมินผล

การประเมินรอบที่ 1

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

การประเมินรอบที่ 2

ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละของผลงาน	55	60	65	70	75

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
1. มีแนวทางการดำเนินงาน 2. มีเครื่องมือในการประเมินฯ 3. มีฐานข้อมูลในเว็บไซต์ฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th 4. มีการชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ	ส่งเสริม การพัฒนา อสค.	1. ส่งเสริม การพัฒนา อสค. 2.ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างน้อยร้อยละ 20	ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ 75

วิธีการประเมินผล

การประเมินผลครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ประเมินโดยจังหวัด เขต และส่วนกลางด้วยวิธีการ ดังนี้

1. การประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสม. และ อสค.

2.การสุ่มประเมิน ตามลำดับชั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นไป (ขนาดของการสุ่มตัวอย่างหรือขนาดของตัวอย่าง (Sample Size) ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30 ของ อสค.ที่ได้รับการพัฒนาหรือวิธีอื่นตามหลักสถิติ) โดยเจ้าหน้าที่รายงานข้อมูลในฐานข้อมูลบนเว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/หรือwww.thaiphc.net

เอกสารสนับสนุน

1. แนวทางการพัฒนา อสค.
2. แนวทางในการดูแลสุขภาพบุคคลในครอบครัวของอาสาสมัครประจำครอบครัว (LTC CKD และ NCD)
3. SMART อสม. , www.อสม.com , Line@SMARTอสม.

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

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

สถานที่ทำงาน กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 2.พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 20. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ 75
คำนิยาม ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD)

อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (กับผู้ผ่านการอบรม อสม.หมอประจำบ้าน ปี 2563 -2565 ตำบลละ 15 คน)

คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแล มีผลการประเมินทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ	658	617	617

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 75

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD) ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชน

ที่	อำเภอ	อสม. หมอประจำบ้าน (ตำบลละ 15 คน)	เป้าหมาย (คน /ครอบครัว)		เป้าหมายผู้ป่วย
			LTC	ผู้พิการ/ ผู้ด้วยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง	
1	เมืองบึงกาฬ	180	781	2,125+	2,906
2	โซ่พิสัย	105	183	1,575+	1,758
3	บุ่งคล้า	45	36	430+	466
4	เซกา	135	350	2,747+	3,097
5	พรเจริญ	105	154	1,408+	1,562
6	ปากคาด	90	157	632+	789
7	ศรีวิไล	75	135	995+	1,130
8	บึงโขงหลง	60	143	1,030+	1,173
	รวม	795	1,939	10,942+	12,881

วิธีจัดเก็บข้อมูล

จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.รายงานข้อมูล B จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน

ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี

= (รายการข้อมูล 1/รายการข้อมูล 2) X 100

ระยะเวลาการประเมินผล

รอบที่ 1 ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566

รอบที่ 2 ตุลาคม 2566 – กรกฎาคม 2566

เกณฑ์การประเมินผล

การประเมินรอบที่ 1

ระดับ	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

การประเมินรอบที่ 2

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง) ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 55
2	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง) ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 60
3	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง) ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 65
4	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง) ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 70
5	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง) ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 75

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีแนวทางการดำเนินงานประชุมวางแผนการฝึกอบรม อสม. หมอประจำบ้านร่วมกับครูฝึก อสม. ระดับอำเภอ 2. มีการชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ 3. มีเครื่องมือในการประเมินฯ	จัดอบรม อสม. หมอประจำบ้าน จำนวน 795 คน (ตำบลละ 15 คน)	จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างน้อยร้อยละ 10	จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างน้อยร้อยละ 75

วิธีการประเมินผล

1. เชิงปริมาณ เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนด
2. เชิงคุณภาพ สุ่มประเมิน

เอกสารสนับสนุน

1. คู่มือ แนวทาง
2. หลักสูตร อสม. เป็นหมอประจำบ้าน
3. ฐานข้อมูลและแอปพลิเคชัน SMART อสม. , www.อสม.com , Line@SMART อสม.
4. การรายงานผลผ่านฐานข้อมูล อสม. เว็บไซต์ Thaiphc.net

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

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

สถานที่ทำงาน กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 21. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ 75
คำนิยาม

ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับหมู่บ้าน ทั้งในเขตเมืองและชนบท

การจัดการสุขภาพ หมายถึง การดำเนินการกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยกระบวนการ สร้างทีมแกนนาสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result)

แกนนำสุขภาพ หมายถึง ผู้นำทางด้านสุขภาพในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจาหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำนักเรียนหรือยุวอาสาสมัครสาธารณสุข (ยุว อสม.) เป็นต้น

เครือข่ายสุขภาพ หมายถึง ภาคีที่ร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน เช่น พชอ. อปท. โรงเรียน ชมรม หรือ เครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน

พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน หมายถึง หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 617 แห่ง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน (ระดับพัฒนาขึ้นไป)	ร้อยละ 75	136 แห่ง (22.04 %)	136 แห่ง (22.04 %)	156 แห่ง (25.28 %)

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
75	80	85	90	95

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หมู่บ้านที่มีการดำเนินการจัดการสุขภาพให้กับประชาชน จำนวน 617 แห่ง
วิธีจัดเก็บข้อมูล 1. การรายงานผลการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
2. การประเมินหมู่บ้านจากระบบ Health Gate
แหล่งข้อมูล การประเมินชุมชนจัดการสุขภาพได้จากระบบการประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Health Gate (https://healthgate.gen-hed.com/report/village)
รายการข้อมูล 1 ชุมชนที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับพัฒนาขึ้นไป)
รายการข้อมูล 2 ชุมชนทั้งหมด

สูตรการคำนวณ (รายการข้อมูล 1/รายการข้อมูล 2)*100

ระยะเวลาการประเมินผล รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมินผล

เกณฑ์การประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1. สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน
2. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน
3. มีการวางแผนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
4. จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ฝึกทักษะสุขภาพที่จำเป็นและจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
5. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน
6. มีการประเมินผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีบุคคลต้นแบบ นวัตกรรมสุขภาพ
7. ถอดบทเรียน ขยายผลต่อยอดสู่ความยั่งยืน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี

ระดับการพัฒนา

1. ระดับพัฒนา : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
2. ระดับดี : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ
3. ระดับดีมาก : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน
4. ระดับดีเยี่ยม: มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชนประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี

การประเมินรอบที่ 1

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการจัดทำแผนแนวทางการดำเนินงานแผนพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2566
2	มีการดำเนินงานตามแผนพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
3	แกนนำสุขภาพในพื้นที่เป้าหมาย เช่น อสม./แกนนำนักเรียน/ยุว อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน ร้อยละ 45
4	แกนนำสุขภาพในพื้นที่เป้าหมาย เช่น อสม./แกนนำนักเรียน/ยุว อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน ร้อยละ 60
5	แกนนำสุขภาพในพื้นที่เป้าหมาย เช่น อสม./แกนนำนักเรียน/ยุว อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน ร้อยละ 75

การประเมินรอบที่ 2

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามระบบ Health Gate ร้อยละ 45
2	ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามระบบ Health Gate ร้อยละ 50
3	ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามระบบ Health Gate ร้อยละ 55
4	ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามระบบ Health Gate ร้อยละ 65
5	ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามระบบ Health Gate ร้อยละ 75

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีแผนงาน/โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ - จัดทำแผนแนวทางการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2566 - ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานเครือข่ายระดับจังหวัด	1. มีการดำเนินงานตามแผนพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 2.ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามระบบ Health Gate ร้อยละ 45	ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และ มีการประเมินตนเองตามระบบ Health Gate ร้อยละ 60	ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และ มีการประเมินตนเองตามระบบ Health Gate ร้อยละ 75

วิธีการประเมินผล ประเมินโดยใช้แบบประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เอกสารสนับสนุน
1. แนวทางการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. แนวทางการประเมิน
3. ฐานข้อมูลจากระบบ Health Gate

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ชื่อ – สกุล นางสาวอภิสรา ดาดวง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 128 โทรศัพท์มือถือ : 084-8577932
โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : apitsara9321@gmail.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
สถานที่ทำงาน กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 22. ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
ค่าน้ำหนัก 1.5
หน่วยการวัด ร้อยละ 75
คำนิยาม

ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลที่มีการระบวนการดำเนินงานของ อสม. ภาคประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาครัฐ เพื่อจัดการสุขภาวะของชุมชนแบบบูรณาการ ตามบริบทของชุมชน โดยใช้ทรัพยากร ภูมิปัญญา และนวัตกรรมของชุมชน ภายใต้แผนการขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วม นำไปสู่เป้าหมาย ชุมชนสร้างสุข สุขกาย สุขใจ สุขเงิน สุขสามัคคี

เกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลที่บันทึกผลการดำเนินงาน ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 79	ร้อยละ 100

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 75
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 53 ตำบล
วิธีจัดเก็บข้อมูล ฐานข้อมูล (www.thaiphc.net)
แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
2.รายงานข้อมูล B จำนวนตำบลเป้าหมาย

ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
= (รายการข้อมูล 1/รายการข้อมูล 2) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล รายไตรมาส
เกณฑ์การประเมินผล

การประเมินรอบที่ 1
ระดับอำเภอ

ระดับคะแนน	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
ร้อยละผลงาน	**10**	**15**	**20**	**25**	**30**

การประเมินรอบที่ 2
ระดับอำเภอ

ระดับคะแนน	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
ร้อยละผลงาน	**55**	**60**	**65**	**70**	**75**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
๑. มีแนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ๒. สื่อสาร ร่วมสร้าง พัฒนา และขับเคลื่อนตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (ข้อมูลครัวเรือน ความเจ็บป่วย สภาพแวดล้อม ฯลฯ) -จัดตั้งทีมขับเคลื่อนตำบล -ร่วมกันกำหนดประเด็นความสุขและวางแผนการดำเนินงาน -ดำเนินการกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ ๓. มีการชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ	๑.ส่งเสริม การพัฒนา อสค. ๒.ติดตามความก้าวหน้าประเมินผลการดำเนินงาน	๑. ส่งเสริม การพัฒนา อสค. ๒.ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างน้อยร้อยละ ๒๐ ๓.มีการรายงานผลการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ ๗๕ ๓.มีการรายงานผลการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

วิธีการประเมินผล

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับพื้นที่มีการดำเนินการตามแนวทางตำบลจัดการคุณภาพชีวิตและบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล “ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต” เว็บไซต์ www.thaiphc.net

เอกสารสนับสนุน

1. แนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
2. คู่มือการบันทึกผลการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

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

สถานที่ทำงาน กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่	ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellent)
ประเภทตัวชี้วัด	งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด	(✓) เชิงปริมาณ (✓) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด	23. ร้อยละผลการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ค่าน้ำหนัก	**2.5**
หน่วยการวัด	**ร้อยละ**
คำนิยาม	**1. ผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทย** หมายถึง ผลการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่กำหนดในรายละเอียดตัวชี้วัดนี้ ได้แก่ (1) แผนการดำเนินงานโครงการหรือแผนปฏิบัติการด้านการแพทย์แผนไทย (2) การดำเนินงานเวชศาสตร์ชุมชนด้านการแพทย์แผนไทย อาทิ การออกหน่วยให้บริการแพทย์แผนไทยเชิงรุก (3) การจัดทำเครือข่ายบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย 4 ประเภท คือ ผู้สั่งการรักษาทางการแพทย์แผนไทยฯ/หมอพื้นบ้าน/ผู้ปลูกหรือผู้ผลิตแปรรูปสมุนไพรหรือจำหน่าย/ร้านนวดเพื่อสุขภาพ และวิสาหกิจชุมชนปลูกพืชสมุนไพร (4) การจัดทำฐานข้อมูลสถานบริการ 5 ประเภท ตามมาตรฐานศูนย์เวลเนส (5) การจัดให้มีระบบบริการและระบบส่งต่อการดูแลระยะกลางและระยะท้ายด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในสถานบริการทุกระดับ (6) การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยในหน่วยงานหรือกระบวนการคุณภาพในหน่วยงาน (7) ผลการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) **2. ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล** หมายถึง บุคลากรที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มอบหมายให้รับผิดชอบงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง **3. ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย** หมายถึง ผู้ที่สนับสนุนงานการแพทย์แผนไทยและได้รับประกาศนียบัตรหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๓๐/๓๗๒ ชั่วโมง หรือประเภทการนวดไทย ๘๐๐ ชั่วโมง จากสถาบันการศึกษา หรือสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยหรือหน่วยงานที่ผ่านการรับรองหลักสูตรจากคณะกรรมการวิชาชีพ **4. แผนงานและโครงการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** หมายถึง แผนปฏิบัติการและโครงการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการ **5. การทำงานเชิงรุกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** หมายถึง ดูแลสุขภาพอนามัยของกลุ่มเป้าหมายพิเศษด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ เป็นต้น รวมทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองด้วยแพทย์แผนไทย **6. หมอพื้นบ้าน** หมายถึง บุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามวัฒนธรรมของชุมชนที่สืบทอดกันมานานไม่น้อยกว่าสิบปี เป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชน

7. ผู้ปลูกสมุนไพร หมายถึง ผู้ที่ปลูกสมุนไพรไว้ ใช้ประโยชน์ในการส่งขายใช้เป็นวัตถุดิบในการผลิต

8. ผู้แปรรูปสมุนไพร หมายถึง ผู้ที่นำพืช สัตว์ จุลชีพ ธาตุวัตถุ สารสกัดดั้งเดิมจากพืชหรือ สัตว์ที่ใช้เปลี่ยนแปลงสภาพหรือคุณสมบัติของสมุนไพร ทำให้ได้สารสกัดแบบรวมด้วยกรรมวิธีแบบดั้งเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมิได้สกัดแยกสารบริสุทธิ์เป็นรายชนิดหรือรายตัว

9. ผู้จำหน่ายสมุนไพร หมายถึง ผู้ที่ขาย จ่าย แจก หรือแลกเปลี่ยนให้หมายความรวมถึงมีไว้เพื่อจำหน่าย

10. ร้านนวดเพื่อสุขภาพ หมายถึง ร้านนวดเพื่อสุขภาพที่เปิดในพื้นที่รับผิดชอบในอำเภอ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)		
		2563	2564	2565
ร้อยละผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	85.28	92.12	83.50
มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	ร้อยละ	NA	NA	NA

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 80

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย CUP

วิธีจัดเก็บข้อมูล นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1. แบบเก็บข้อมูลทุติยภูมิ แนบท้ายตามรายละเอียดตัวชี้วัดนี้
2. ข้อมูลการดำเนินงานปฐมภูมิในหน่วยงาน เช่น แผนปฏิบัติการ ผลการดำเนินงาน
3. ผลการประเมินมาตรฐานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/แบบประเมินตนเอง

ระยะเวลาการประเมินผล : 6 เดือน และ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล คะแนนผลการดำเนินงานทั้งหมด 100 คะแนน

ระดับคะแนน	เกณฑ์และรายละเอียดการประเมิน
แผนงาน/แผนปฏิบัติการ/โครงการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่เชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัดและระดับกระทรวงสาธารณสุข (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	
0 คะแนน	กำลังดำเนินการ (มีชื่อแผนงาน/โครงการ) **หมายเหตุ** หากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีแผนการบูรณาการให้เชื่อมโยงกับหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัด ให้ประเมินโดยอนุโลม หากไม่ได้ดำเนินการให้ประเมินระดับหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย
5 คะแนน	มีแผนปฏิบัติการ หรือโครงการ ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้รับการอนุมัติได้ 5 คะแนน ที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์
10 คะแนน	มีแผนปฏิบัติการ หรือโครงการ ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้รับการอนุมัติได้ 10 คะแนน ที่สอดคล้องและได้ดำเนินการตามโครงการหรือแผนปฏิบัติการ
ระบบบริการ ส่งต่อ การดูแลระยะกลาง ระยะประคับประคอง ด้วยการแพทย์แผนไทย (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	
5 คะแนน	(1) มีกระบวนการตรวจวินิจฉัยรักษาผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ที่ห้องตรวจโรค แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล หรือแผนกการแพทย์แผนไทย
10 คะแนน	(2) ดำเนินการตาม (1) และมีการสั่งใช้ยาสมุนไพรจากบัญชียาหลักแห่งชาติในกลุ่มดังกล่าว อาทิ ยากลุ่มการไหลเวียนโลหิต ยากลุ่มรักษาการปวดแบบประคับประคอง
15 คะแนน	(3) ดำเนินการตาม (2) และมีกระบวนการส่งต่อเพื่อรักษาในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
20 คะแนน	(4) ดำเนินการตาม (3) และจัดบริการผู้ป่วยในตามแนวเวชปฏิบัติในกลุ่มโรคเป้าหมาย
การดำเนินงานสนับสนุนบริการปฐมภูมิ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	
5 คะแนน	(1) มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยขั้นพื้นฐาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิและมีการจัดบริการแพทย์แผนไทยครบ 4 สาขา ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน (ยาแผนไทย รพ.สต. 10 รายการ/รพ. และ รพ.สต.ที่มีแพทย์แผนไทย 30 รายการ)
10 คะแนน	(2) ดำเนินการตาม (1) และมีการทำงานเชิงรุกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น ออกหน่วยให้บริการ บริการเยี่ยมบ้าน หรือบูรณาการกับสหวิชาชีพ
15 คะแนน	(3) ดำเนินการตาม (2) และจัดให้มีสวนสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิครบทุกแห่ง หรือมีการอนุรักษ์สมุนไพรในพื้นที่ป่าชุมชน
20 คะแนน	(4) ดำเนินการตาม (3) และจัดให้มีระบบสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์การแพทย์แผนไทยเพียงพอพร้อมใช้
การจัดทำทะเบียนเครือข่ายบุคลากรแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)	
5 คะแนน	(1) มีการสำรวจทะเบียนเครือข่ายบุคลากรแพทย์แผนไทยที่เป็นปัจจุบัน 4 ประเภท คือ ผู้สั่งการรักษาฯ/หมอพื้นบ้าน/ผู้ปลูกหรือผู้ผลิตแปรรูปสมุนไพรหรือจำหน่ายสมุนไพร/ร้านนวดเพื่อสุขภาพ

10 คะแนน	(2) ดำเนินการตาม (1) และมีการจัดทำทะเบียนเครือข่ายดังกล่าวในรูปแบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์
15 คะแนน	(3) ดำเนินการตาม (2) และมีกิจกรรมการบูรณาการ การแพทย์พื้นบ้าน หรือบุคลากรประเภทอื่น เข้ากับระบบบริการปฐมภูมิ หรือมีการจัดการองค์ความรู้ (KM)
งานวิจัย หรือกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)	
5 คะแนน	(1) มีกระบวนการพัฒนางานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ KM กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ CQI เครือข่ายพัฒนาคุณภาพ QLN หรือ งานวิจัย งานประจำสู่งานวิจัย หรือนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อยอำเภอละ 1 เรื่อง
10 คะแนน	(2) ดำเนินการตาม (1) และมีการเผยแพร่ทุกระดับ Public Sharing ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง
15 คะแนน	(3) ดำเนินการตาม (2) และมีการนำเสนอในการประชุมวิชาการ ทุกระดับ
20 คะแนน	(4) ดำเนินการตาม (3) และมีการนำเสนอในการประชุมวิชาการระดับจังหวัด ขึ้นไป
25 คะแนน	(5) ดำเนินการตาม (4) และมีการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานประจำ หรือระบบบริการ
การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท) (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	
5 คะแนน	จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐาน รพ.สส.พท. (มากกว่า ร้อยละ 85) และไม่ใช่การผ่านอย่างมีเงื่อนไข ระหว่าง ร้อยละ 70 - 85
10 คะแนน	จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐาน รพ.สส.พท. (มากกว่า ร้อยละ 85) และไม่ใช่การผ่านอย่างมีเงื่อนไข ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85

วิธีการประเมินผล :
1. รวบรวมข้อมูลบางส่วนจาก Datacenter
2. ใช้แบบประเมินที่ระบุในตัวชี้วัดนี้/ประเมินจากเอกสารแนบของหน่วยบริการ
3. เมื่อได้คะแนนทั้งหมดให้เทียบบรรยัดไตรยางค์กับค่าถ่วงดุลคะแนนน้ำหนัก

เอกสารสนับสนุน
1. แผนงาน/โครงการ/แผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง
2. แนวเวชปฏิบัติการจัดบริการแพทย์แผนไทย
3. รายงานผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ประเมินจาก Datacenter/สรุปผลการปฏิบัติงาน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1. นายธีระกุล อุทะกัง	แพทย์แผนไทยชำนาญการ	โทร. 091-4182718
2. นางสาวสุชาดา บูรณะสถาพร	นวก.สธ.ชำนาญการ	โทร 096-4453915
2. นางสาวสุจิตรา อืดผา	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	โทร. 080-3546335
3. นางสาววิจิตรา ศรีสวัสดิ์	แพทย์แผนไทย	โทร. 084-7958014

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (√) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัดหลัก : 24. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร้อยละ 100
ค่าน้ำหนัก : 3
หน่วยการวัด : ระดับความสำเร็จ
คำนิยาม : อุบัติเหตุทางถนน หมายถึง อุบัติเหตุจากการใช้ยานพาหนะที่ใช้ในการขนส่งบุคคลหรือสิ่งของที่เกิดขึ้นบนทางสาธารณะ ซึ่งเป็นสาเหตุเหตุให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต ทั้งที่เป็นผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร หรือ คนเดินเท้า รหัส ICD 10 คือ V01-V89

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้

1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม(ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA

อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่

การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (DHS-RTI) หมายถึง อำเภอมีการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยใช้กระบวนการระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) หรืออำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (DC) เพื่อป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

การดำเนินการขับเคลื่อน Thailand Safe Youth Program (TSY program) มีจำนวนเด็กและเยาวชนเสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง หมายถึง การดำเนินการแก้ไขปัญหาการตายและบาดเจ็บในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยใช้ ตามรูปแบบTSY Program (Thailand Safe Youth Program) ประกอบด้วย การขับเคลื่อนนโยบาย การพัฒนาศักยภาพครู/วิทยากร จัดฝึกอบรมความปลอดภัยทางถนน

แก่เด็กและเยาวชนแบบ Hazard Perception และการมีมาตรการการแก้ไขปัญหา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในจังหวัด และการติดตามประเมินผล ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ (Data and information)

กิจกรรมที่ 2 พัฒนานโยบายและการขับเคลื่อนกลไกการทำงาน (Policy advocacy)

กิจกรรมที่ 3 สร้างพลังแห่งการทำงานเป็นทีม (Empowerment of teamwork)

กิจกรรมที่ 4 สร้างมาตรการที่มีพลังแห่งการเปลี่ยนแปลง (Powerful Measures)

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะชีวิต ฉีดวัคซีนจราจร (Life skills and Traffic vaccinations)

กิจกรรมที่ 6 การติดตามประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลสะท้อนกลับ (Evaluation and feedback)

การเสียชีวิต หมายถึง การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มอายุ 10 - 19 ปี โดยใช้ฐานข้อมูลจากโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดและอำเภอ

การบาดเจ็บ หมายถึง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มอายุ 10 - 19 ปี โดยใช้ฐานข้อมูลการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดและอำเภอ ที่เป็นผู้ป่วยนอก (OPD)

กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน	ระดับดีมาก	ระดับดีเยี่ยม
1. มีจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และมีการประชุมการขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา พชอ./ศปถ.อำเภอ/ ศปถ.อปท.	3 ครั้ง/ปี	5 ครั้ง/ปี
2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำแนวโน้มสถานการณปัญหา การบาดเจ็บและเสียชีวิตตามหลักระบาดวิทยาการบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยกรายตำบล และกลุ่มอายุ และข้อมูลปัญหาเฉพาะ พื้นที่อำเภอ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ บุคคล สภาวะแวดล้อม และระบบที่เกี่ยวข้อง	ย้อนหลัง 3 ปี	ย้อนหลัง 5 ปี
3. มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยการใช้ตาราง Haddon ,s Matrix	3 ครั้ง/ปี	5 ครั้ง/ปี
4. คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญ และวิเคราะห์ประเด็นปัญหาด้วยแผนภูมิต้นไม้ (Problem tree) เพื่อหารากของปัญหา หมายเหตุ สามารถใช้แนวคิดอื่นในการวิเคราะห์รากปัญหาได้	3 ประเด็น	5 ประเด็น
5. กำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาและสร้างบันไดผลลัพธ์และวิเคราะห์แรงเสริม – แรงต้าน พร้อมทั้งกำหนดแผนและกิจกรรม	3 เป้าหมาย	5 เป้าหมาย
6. จัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-Team) หรือ ศปถ. อปท. พร้อมกับสร้างกระบวนการศึกษารากของปัญหาของตำบล/ ชุมชน (Problem tree)	3 ทีม	5 ทีม หรือทุกตำบลในอำเภอ
7. ดำเนินมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของอำเภอ	3 มาตรการ	5 มาตรการ

8. ดำเนินการขับเคลื่อนกระบวนการแก้ไขปัญหาการตายและบาดเจ็บในกลุ่มเด็กและเยาวชนจากอุบัติเหตุทางถนน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด TSY Program (Thailand Safe Youth Program) 6 กิจกรรม	1 ตำบล	3 ตำบล หรือทุกตำบลในอำเภอ
9. การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยง (Back Spot) หรือ การจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety Zone)	3 จุด/ Zone	5 จุด/ Zone
10. การสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผลเปรียบเทียบข้อมูลการเสียชีวิต, การบาดเจ็บ และจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุวิเคราะห์ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และประเมินผลมาตรการ เฉพาะบางมาตรการ (การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์)	1 ฉบับ มีการประเมินภาพรวม	1 ฉบับ มีการประเมินภาพรวมและมาตรการเฉพาะ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (D-RTI)	ร้อยละ	8 อำเภอ ร้อยละ 100	8 อำเภอ ร้อยละ 100	8 อำเภอ ร้อยละ 100

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
ระดับความสำเร็จ ร้อยละ 100	ระดับความสำเร็จ ร้อยละ 100	ระดับความสำเร็จ ร้อยละ 100	ระดับความสำเร็จ ร้อยละ 100

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : 1.ประชากรไทยทุกกลุ่มอายุและในจังหวัด
2. กลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 10 - 19 ปี ในจังหวัด

วิธีจัดเก็บข้อมูล :

<u>แบบ 1</u> รายงานผลลัพธ์เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ พ.ศ.2566 โดยใช้ข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ที่ดำเนินการ D-RTI ข้อมูล 3 ฐาน (ของจากบริษัทกลาง/สาธารณสุข/ตำรวจ)

<u>แบบ 2</u> รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานรอบ 6, 9 และ 12 เดือน ดังนี้

1) รายงานผลการประเมินการปฏิบัติราชการตนเอง (Self-Assessment Report: SAR) ตามคำรับรองฯ ของหน่วยงานรอบ 6 เดือน (ภายในวันที่ 25 มี.ค. 66) พร้อมแนบเอกสารหลักฐานการดำเนินงานฯ

2) รายงานผลการประเมินการปฏิบัติราชการตนเอง (Self-Assessment Report: SAR) ตามคำรับรองฯของหน่วยงานรอบ 9 เดือน (ภายในวันที่ 25 มิ.ย.66) พร้อมแนบเอกสารหลักฐานการดำเนินงานฯ

3) รายงานผลการประเมินการปฏิบัติราชการตนเอง (Self-Assessment Report: SAR) ตามคำรับรองฯของหน่วยงานรอบ 12 เดือน (25 ก.ย. 66) พร้อมแนบเอกสารหลักฐานการดำเนินงานฯ

แหล่งข้อมูล :

1. ข้อมูลจากการดำเนินงานของอำเภอ

- รายงานการดำเนินงานกันอุบัติเหตุทางถนนผ่าน **D-RTI** จากแบบฟอร์มรายงานของจังหวัด และอำเภอ
- ระบบรายงานผ่าน **Web Base** ของสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สป. **http://ictpher.moph.go.th/quickwin** และ **http://ae.moph.go.th/moph-beta/#/isonline-report/dashboard**

2. ข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ดำเนินงาน D-RTI และข้อมูล 3 ฐาน (ของจากบริษัทกลาง/สาธารณสุข/ตำรวจ) วิเคราะห์โดย: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคระยะเวลา 12 เดือน : ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566 ตัดข้อมูลวันที่ 30 กันยายน 2566

สูตรการคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนผู้บาดเจ็บรวมกับผู้เสียชีวิตในอำเภอ D-RTI ปี 2566 – ปี 2565}}{\text{จำนวนผู้บาดเจ็บรวมกับผู้เสียชีวิตในอำเภอ D-RTI ปี2565}} \times 100$

ร้อยละของผู้เสียชีวิตหรือผู้บาดเจ็บในกลุ่มเด็กและเยาวชนในพื้นที่

1) $\frac{\text{จำนวนผู้เสียชีวิตในกลุ่มแด็กและเยาวชนอายุ 10 - 19 ปี ปี 2566 – มัธยฐาน 3 ปี}}{\text{จำนวนผู้เสียชีวิตในกลุ่มแด็กและเยาวชนอายุ 10 - 19 ปี มัธยฐาน 3 ปี (2563 - 2565)}} \times 100$

2) $\frac{\text{จำนวนผู้บาดเจ็บ OPD ในกลุ่มแด็กและเยาวชนอายุ 10 - 19 ปี ปี 2566 – มัธยฐาน 3 ปี}}{\text{จำนวนผู้บาดเจ็บ OPD ในกลุ่มแด็กและเยาวชนอายุ 10 - 19 ปี มัธยฐาน 3 ปี (2563 - 2565)}} \times 100$

หมายเหตุ : การผ่านการประเมินถ้าผ่านอย่างใดอย่างหนึ่ง ถือว่าผ่านการตามเกณฑ์ที่กำหนด

ระยะเวลาการประเมินผล : ไตรมาส 2, 4

เกณฑ์การประเมินผล :

รอบ 3 เดือน ถึงขั้นตอนที่ 1+2+3

รอบ 6 เดือน ถึงขั้นตอนที่ 1+2+3+4+5+6

รอบ 9 เดือน ถึงขั้นตอนที่ 1+2+3+4+5+6+7+8+9

รอบ 12 เดือน ถึงขั้นตอนที่ 1+2+3+4+5+6+7+8+9+10

วิธีการประเมินผล : อำเภอมีการดำเนินงานตามกรอบกิจกรรมการดำเนินงาน D-RTI จำนวน 10 กิจกรรม ครบทุกกิจกรรม

<u>โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้</u>

<u>รอบ1</u>

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
≤2ข้อ	3ข้อ	4 ข้อ	5ข้อ	ดำเนินการ 6ข้อ

<u>รอบ2</u>

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
≤6ข้อ	7ข้อ	8 ข้อ	9 ข้อ	ดำเนินการ 10ข้อ

เอกสารสนับสนุน : -

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ไตรมาสที่ 1 ภายในวันที่ 25 ธันวาคม 2565
ไตรมาสที่ 2 ภายในวันที่ 25 มีนาคม 2566
ไตรมาสที่ 3 ภายในวันที่ 25 มิถุนายน 2566
ไตรมาสที่ 4 ภายในวันที่ 25 กันยายน 2566

****ลงพื้นที่ นิเทศ กำกับติดตามโดยคณะกรรมการ ศปถ.จ.บก.****

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นายธีรพล ไชยศาสตร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ : 093-321-0981
โทรสาร : 0 4249 2001 E-mail : emsbuengkan77@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 25.ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE
ตัวชี้วัดย่อย
1. เยาวชนกลุ่มอายุ 10 – 24 ปี เป็นสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE
2. อำเภอและชมรม TO BE NUMBER ONE เข้าร่วมประกวดระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือครบทุกประเภท
3. อำเภอและชมรมทุกประเภทมีสถานะเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา
ค่าน้ำหนัก 3
หน่วยวัด ระดับจังหวัด : คะแนน
ระดับอำเภอ : คะแนน

คำนิยาม
1.การดำเนินงานตามแนวทางโครงการ TO BE NUMBER ONE
1.1 มีการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติงานระดับอำเภอที่เน้นบูรณาการความร่วมมือสอดคล้องกับนโยบายของจังหวัดในการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE
- ชัดเจน เป็นรูปธรรม
- หน่วยงาน / ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง
1.2 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการทุกระดับที่ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน
1.3 แผนการดำเนินงานตาม 3 ยุทธศาสตร์หลักของโครงการ
1.3.1 แผนงานและแผนปฏิบัติการระดับอำเภอที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม วัตถุประสงค์ ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณ และผู้รับผิดชอบชัดเจน
1.3.2 แผนงาน / กิจกรรม เช่น
- รณรงค์โดยการใช้สื่อและกิจกรรมเพื่อสร้างกระแส และรับสมัครสมาชิกอย่างต่อเนื่อง
- สนับสนุนการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา และชุมชนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภออย่างน้อยประเภทละ 1 แห่ง
- สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาที่ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภออย่างน้อย 1 แห่ง
- มีส่วนร่วมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมของ
  - ชมรม TO BE NUMBER ONE ในอำเภอ
  - โครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับจังหวัด
- สนับสนุนการแข่งขัน Dancercise ระดับจังหวัด
- มีส่วนสนับสนุนการเป็นสมาชิกถาวรนิตยสาร TO BE NUMBER ONE ของจังหวัดทุกปี
- เข้าร่วมงานประกวดมหกรรมระดับจังหวัด
- เข้าร่วมหรือสนับสนุน การประกวด IDOL ระดับจังหวัด
- พัฒนาศักยภาพสมาชิก / ชมรม
  - การจัดอบรมแกนนำเยาวชน ระดับอำเภอ

o สนับสนุนให้สมาชิกและแกนนำเข้าค่ายพัฒนาฯ ระดับจังหวัด

- การดำเนินงานตามโครงการใครติดยายกมือขึ้น

o มีระบบการค้นหาผู้เสพ / ติดยา จากชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชนแลสถานศึกษาในพื้นที่

o มีระบบการส่งผู้เสพ / ติดยา เข้าบำบัดรักษาฟื้นฟูในรูปแบบจิตสังคมบำบัดในโรงพยาบาล เพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกันในการประเมิน

o มีการจัดค่ายฟื้นฟูจิตใจสมาชิกใครติดยายกมือขึ้น ระดับอำเภอ ตั้งแต่ 1 ครั้ง ขึ้นไป

o เข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการใครติดยายกมือขึ้นของจังหวัด

o มีการจัดเก็บ รวบรวมข้อมูล และติดตามประเมินผลความสำเร็จโรงการใครติดยายกมือขึ้นของชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชนและสถานศึกษาในพื้นที่

1.4 มีการประชุมมอบนโยบาย / แผนงานให้หน่วยงาน / ผู้เกี่ยวข้อง ภายในอำเภอเพื่อทราบและปฏิบัติ รวมทั้งนิเทศ กำกับ ติดตาม และรายงานจังหวัดย่างต่อเนื่อง

1.5 สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอ

1.6 มีการจัดเก็บข้อมูลชมรมและสมาชิก TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ ที่เป็นปัจจุบันเพื่อรายงานจังหวัด

1.7 การบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในอำเภอ

1.7.1 คณะกรรมการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอให้ความสำคัญและเข้าร่วมกิจกรรมในส่วนที่เกี่ยวข้องอยู่เสมอ

1.7.2 หน่วยงานผู้รับผิดชอบดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอมีแผนปฏิบัติการ ระบุรายละเอียดกิจกรรมกิจกรรม วัตถุประสงค์ ระยะเวลาดำเนินงาน เป้าหมาย งบประมาณและผู้รับผิดชอบชัดเจน

1.7.3 มีศูนย์ประสานงาน TO BENUMBER ONE ระดับอำเภอ เพื่อเก็บและเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งประสานงานกับเครือข่ายในพื้นที่และจังหวัด

1.8 ผลการดำเนินงาน

1.8.1 ข้อมูลระดับอำเภอมีประสิทธิภาพ ส่งผลดีต่อการดำเนินงานของจังหวัด

1.8.2 มีการดำเนินงานเป็นไปตามช่วงระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผน

1.8.3 สัดส่วนจำนวนสมาชิกกับกลุ่มเป้าหมายในอำเภอต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

1.8.4 มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาและชุมชนที่มีคุณภาพอย่างน้อยประเภทละ 1 แห่ง

o เข้าประกวดระดับจังหวัด

o เข้าประกวดระดับภาค

1.8.5 มีศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาที่มีคุณภาพ ส่งผลให้ ชมรม TO BE NUMBER ONE

o เข้าประกวดระดับจังหวัด

o เข้าประกวดระดับภาค

1.8.6 มีกิจกรรม TO BE NUMBER ONE เด่น ของอำเภอที่ประสบความสำเร็จ/ได้รับการยอมรับ/ยกย่อง เชิดชู/ ได้รับรางวัล

1.9 ผลสำเร็จที่เป็นรูปธรรม

1.9.1 จำนวนสมาชิก TO BE NUMBER ONE ที่เกี่ยวข้องกับปัญหายาเสพติดในอำเภอลดลง

1.9.2 สมาชิก / แกนนำ / เครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน / ชมรมมีผลงาน TO BE NUMBER ONE

o ระดับจังหวัด / ภาค

o ระดับประเทศ / นานาชาติ

1.9.3 สมาชิก / แกนนำ /เครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน ได้รับโอกาส และประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น

o ได้รับพิจารณาให้เข้าศึกษาต่อเป็นกรณีพิเศษ (ไม่ได้ทุน)

o ได้รับทุนการศึกษา / ได้เข้างาน

1.9.4 สามารถนำแนวทางโครงการ TO BE NUMBER ONE ไปเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตและแก้ไขปัญหาพฤติกรรม ไม่พึงประสงค์ของเยาวชนในอำเภอได้

2. ความต่อเนื่อง

2.1 มีแผนระยะยาว (3-5ปี)

2.2 มีการดำเนินงานตามแนวทาง TO BE NUMBER ONE อย่างต่อเนื่อง

- มากกว่า 3 ปี
- ตั้งแต่ 1 – 3 ปี

2.3 สนับสนุนชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาและชุมชน เข้าร่วมประกวด เพื่อคัดเลือกระดับจังหวัด ทุกปี ต่อเนื่อง

- ตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป
- 2 ปี
- ไม่ต่อเนื่องทุกปี

เกณฑ์เป้าหมาย จังหวัด ≥ 20 คะแนน , อำเภอ ≥ 80 คะแนน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย เยาวชนกลุ่มอายุ 6 ปี - ต่ำกว่า10 ปี กลุ่มอายุ 10 - 24 ปี กลุ่มอายุ24 ปีขึ้นไป และสมาชิกกิตติมศักดิ์ หรือประชาชนทั่วไป

วิธีการจัดเก็บข้อมูล รายงานทุก 3 เดือน

แหล่งข้อมูล รายงานการดำเนินงานจากหน่วยบริการ

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับอำเภอ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>กิจกรรมการดำเนินงาน</th><th>คะแนน</th><th>เอกสาร</th></tr>
<tr><td>1</td><td>การดำเนินงานตามแนวทางโครงการฯ
1. มีการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติงานระดับอำเภอที่เน้นบูรณาการความร่วมมือสอดคล้องกับนโยบายของจังหวัดในการดำเนินงานโครงการ ฯ
- ชัดเจน เป็นรูปธรรม
- หน่วยงาน / ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง
2. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการทุกระดับที่ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน
3. แผนการดำเนินงานตาม 3 ยุทธศาสตร์หลักของโครงการ
- แผนงานและแผนปฏิบัติการระดับอำเภอที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม วัตถุประสงค์ ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณ และผู้รับผิดชอบชัดเจน
1.3.2 แผนงาน / กิจกรรม เช่น
- รณรงค์โดยการใช้สื่อและกิจกรรมเพื่อสร้างกระแส และรับสมัครสมาชิกอย่างต่อเนื่อง
- สนับสนุนการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา และชุมชน ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอ อย่างน้อยประเภทละ 1 แห่ง
- สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาที่ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอ อย่างน้อย 1 แห่ง
- มีส่วนร่วมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมของ
o ชมรม TO BE NUMBER ONE ในอำเภอ
o โครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับจังหวัด
สนับสนุนการแข่งขัน Dancercise ระดับจังหวัด
มีส่วนสนับสนุนการเป็นสมาชิกถาวรนิตยสาร TO BE NUMBER ONE ของจังหวัดเป็นรายปีทุกปี
เข้าร่วมงานประกวดมหกรรมระดับจังหวัด
เข้าร่วมหรือสนับสนุน การประกวด IDOL ระดับจังหวัด</td><td>10</td><td>คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ</td></tr>
<tr><td>2</td><td>มีจำนวนสมาชิก TO BE NUMBER ONE ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
<table><tr><td>คะแนน</td><td>2</td><td>4</td><td>6</td><td>8</td><td>10</td></tr><tr><td>ร้อยละ</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>≥90</td></tr></table></td><td>10</td><td>ทะเบียนรายงานสมาชิก TO BE NUMBER ONE และส่งรายงานสมาชิกมายัง สสจ. ให้เป็นปัจจุบัน</td></tr>
</table>

3	มีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ซึ่งมีองค์ประกอบครบ 3 ก 3 ย ไม่น้อยกว่า 10 ชมรม ต่อ อำเภอ - ไม่มี ได้ 0 คะแนน - มี 1-3 แห่ง ได้ 2.5 คะแนน - มี 4-6 แห่ง ได้ 5 คะแนน - มี 7-9 แห่ง ได้ 7.5 คะแนน - ≥9 แห่ง ได้ 10 คะแนน	10	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสารหลักฐานต่างๆ คือ รูปเล่มชมรมทุก setting เนื้อหาประกอบด้วย 1) คำสั่ง/แผนภูมิคณะกรรมการฯ และมีบันทึกการประชุม 2) มีรายงานสรุปผลการดำเนินกิจกรรม และภาพกิจกรรม 3) สมุดบัญชีธนาคาร / ทะเบียนรับ-จ่ายเงินกองทุน/ทะเบียนวัสดุ
4	มีศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในโรงเรียนหรือในชุมชนที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 5 แห่ง ต่ออำเภอ - ไม่มี ได้ 0 คะแนน - มี 1 แห่ง ได้ 2 คะแนน - มี 2 แห่ง ได้ 4 คะแนน - มี 3 แห่ง ได้ 6 คะแนน - มี 4 แห่ง ได้ 8 คะแนน - มี ≥5แห่ง ได้ 10 คะแนน	10	มีเอกสารหลักฐานที่แสดงว่ามีศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ที่ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดของการให้บริการ “ปรับทุกข์ สร้างสุข แก้ปัญหา พัฒนา EQ ” ดังนี้ ๑) มีการให้บริการครบ ๓ กิจกรรม ได้แก่ การให้คำปรึกษา การพัฒนา EQ และการจัดกิจกรรมสร้างสุข

			๒) มีบันทึกการเข้าใช้ ๓) มีการจัดทำทะเบียนจำนวนศูนย์เพื่อนใจภายในอำเภอ
5	อำเภอมีการจัดกิจกรรมโครงการ TO BE NUMBER ONE 5.1 จัดตั้งศูนย์ประสานงานระดับอำเภอ โดยมีสถานที่/ป้ายชัดเจนและผู้รับผิดชอบงานชัดเจน (5 คะแนน) 5.2 มีโครงการ /แผนปฏิบัติงาน / งบประมาณ และแผนบูรณาการโครงการTO BE NUMBER ONE หรือบูรณาการเข้ากับงานอื่นๆ พร้อมทั้งมีภาพถ่ายและการสรุปผลงานยืนยัน (5 คะแนน) 5.3 จัดกิจกรรมระดับอำเภอ(15 คะแนน) - การแข่งขัน TO BE NUMBER ONE TEEN DANCERCISE (5 คะแนน) - การแข่งขัน TO BE NUMBER ONE IDOL (5 คะแนน) - การประกวดหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือการขยายเครือข่ายชมรม TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ (5 คะแนน) 5.4 เข้าร่วมกิจกรรมระดับจังหวัด (20 คะแนน) -การแข่งขัน TO BE NUMBER ONETEEN DANCERCISE (10 คะแนน) ไม่ส่งเข้าร่วมแข่งขัน ได้ 0 คะแนน รุ่นจูเนียร์ ≥1 ทีม ได้ 4 คะแนน รุ่นพรีทีน อย่างน้อย 1 ทีม ได้ 3 คะแนน รุ่นทีนเอจ อย่างน้อย 1 ทีม ได้ 3 คะแนน - การแข่งขัน TO BE NUMBER ONE IDOL (10 คะแนน) ไม่ส่งเลย 0 คะแนน 1 คน ได้ 2 คะแนน 2 คน ได้ 4 คะแนน 3 คน ได้ 8 คะแนน 4 คน ได้ 10 คะแนน **5.5 เข้าร่วมประกวดกิจกรรมใดๆของโครงการTO BE NUMBER ONE ในระดับภาค** (5 คะแนน) **5.6 เข้าร่วมประกวดกิจกรรมใดๆของโครงการTO BE NUMBER ONE ในระดับประเทศ** (10 คะแนน)	60	มีเอกสารหลักฐาน/ภาพถ่าย/สรุปผลงานที่แสดงว่าได้จัดกิจกรรมระดับอำเภอ และ เข้าร่วมกิจกรรมระดับจังหวัด / ระดับประเทศ

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
≤70	75	80	85	≥90

หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล หน่วยบริการสาธารณสุข ทุกแห่ง
วิธีรายงาน/ความถี่ ทุก 3 เดือน
ผู้ประสานงาน นางกุลรภัส ภูติโส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางพิกุลทอง สมตน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายธีรพล ไชยศาสตร์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ยุทธศาสตร์ที่ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (BK Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 26. ความสำเร็จในการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด
ตัวชี้วัดย่อย
1. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน
2. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่
4. อัตราผู้ป่วยโรคหืดได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่
5. ร้อยละผู้ป่วยนอกโรคหืดได้รับยา inhaled corticosteroid
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด : ระดับ
คำนิยาม
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึงผู้ป่วยกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J๔๔) ตามรหัสโรค ICD-๑๐ โดยนับเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป
การกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง การกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจำเป็นต้องได้รับยากลุ่ม systemic corticosteroid(Dexamethasone, hydrocortisone) และหรือยาปฏิชีวนะตามรหัสโรค ICD-๑๐ J๔๔.๐, J๔๔.๑ โดยนับเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป
การได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน ได้แก่
-วินิจฉัยถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา (การประเมินสมรรถภาพปอด Spirometry : ICD9=8937)
-มีการติดตามการรักษา เช่น mMRC,CAT score,6MWT,การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่
-มีการประเมินการใช้ยาพ่นควบคุม (controller)
-ประเมินการสูบบุหรี่ ให้คำแนะนำการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ที่ยังสูบ
การประเมินตามเกณฑ์ตามคู่มือตัวชี้วัดที่จัดทำโดยกรมการแพทย์ ประกอบด้วย

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						+

การประเมินแผนการรักษาของการดูแลผู้ป่วยโรคหืด โดย**ตอบคำถามเหล่านี้**

รายการประเมิน	ผลการประเมิน	
มีอาการหอบมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	ใช่	ไม่ใช่
หอบกลางคืนจนต้องตื่นขึ้นมา 1 ครั้งต่อสัปดาห์	ใช่	ไม่ใช่
อาการหอบทำให้ต้องงดกิจกรรมบางอย่าง	ใช่	ไม่ใช่
อาการหอบทำให้ต้องหยุดเรียนหรือหยุดงาน	ใช่	ไม่ใช่
ต้องพ่นยาขยายหลอดลมมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	ใช่	ไม่ใช่
การวัดค่า PEF ต่ำกว่าปกติ	ใช่	ไม่ใช่

หากตอบว่าไม่ใช่ หมายถึง การควบคุมอาการหอบได้ผลดีรักษาตามแผนการรักษาปัจจุบัน
หากตอบว่าใช่อย่างน้อย 1 ข้อ ควรปรับแผนการรักษาและประเมินซ้ำหากยังตอบว่าใช่อย่างน้อย 1 ข้อ หมายถึง การควบคุมอาการหอบได้ผลไม่ดี
หากตอบว่าใช่ทุกข้อ หมายถึง การควบคุมอาการหอบได้ผลไม่ดี

ผู้ป่วยนอกโรคหืด หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก และ ระบุโรคตาม ICD-10 J45.0-J45.9,J46
ยา inhaled corticosteroid หมายถึง ยากลุ่ม corticosteroid ที่ใช้ลดการอักเสบของระบบทางเดินหายใจในรูปแบบสูดพ่นที่เป็นยาเดี่ยวหรือ ยาผสมกับ long-action beta2-agonist

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน
1. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน ≥ ร้อยละ 80

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
		รายอำเภอ	2563	2564	2565
ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน	ร้อยละ	บึงกาฬ	20.00	NA	NA
		พรเจริญ	29.05	NA	NA
		โซ่พิสัย	29.54	NA	NA
		เซกา	19.55	NA	NA
		ปากคาด	77.27	NA	NA
		บึงโขงหลง	28.57	NA	NA
		ศรีวิไล	89.55	NA	NA
		บุ่งคล้า	96.23	NA	NA
		จังหวัดบึงกาฬ	48.72	NA	NA

ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาล

2. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ≤ ร้อยละ 100

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
		รายอำเภอ	2563	2564	2565
อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ร้อยละ	บึงกาฬ	208.08	218.09	158.11
		พรเจริญ	180.09	248.88	190.48
		โซ่พิสัย	122.37	134.55	118.37
		เซกา	159.56	106.28	95.20
		ปากคาด	87.50	91.85	81.16
		บึงโขงหลง	157.34	191.14	200.60
		ศรีวิไล	56.45	76.32	66.67
		บุ่งคล้า	38.18	87.18	46.15
		จังหวัดบึงกาฬ	152.12	163.37	134.50

ข้อมูลจาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

3. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ≥ ร้อยละ 90

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
		รายอำเภอ	2563	2564	2565
อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่	ร้อยละ	บึงกาฬ	41.02	22.53	20.00
		พรเจริญ	72.69	62.30	94.98
		โซ่พิสัย	67.95	10.11	28.18
		เซกา	48.86	36.75	26.92
		ปากคาด	34.29	95.71	70.87
		บึงโขงหลง	41.21	32.43	43.33
		ศรีวิไล	98.48	51.11	55.81
		บุ่งคล้า	98.11	34.38	90.00

ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาล

4. อัตราผู้ป่วยโรคหืดได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ≥ ร้อยละ 90

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
		รายอำเภอ	**2563**	**2564**	**2565**
อัตราผู้ป่วยโรคหืดได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่	ร้อยละ	บึงกาฬ	45.96	NA	16.13
		พรเจริญ	85.77	36.8	95.24
		โซ่พิสัย	40.37	18.6	35.63
		เซกา	52.74	74.62	28.80
		ปากคาด	43.60	53.33	73.10
		บึงโขงหลง	73.47	41.56	42.55
		ศรีวิไล	96.43	NA	55.78
		บุ่งคล้า	100	76.40	95.38

ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาล

5. ร้อยละผู้ป่วยนอกโรคหืดได้รับยา inhaled corticosteroid ≥ ร้อยละ 80

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
		รายอำเภอ	**2563**	**2564**	**2565**
ร้อยละผู้ป่วยนอกโรคหืดได้รับยา inhaled corticosteroid	ร้อยละ	บึงกาฬ	69.30	79.24	71.01
		พรเจริญ	49.65	77.64	84.24
		โซ่พิสัย	84.68	84.50	77.62
		เซกา	86.13	83.89	86.33
		ปากคาด	83.33	68.06	67.33
		บึงโขงหลง	72.65	71.72	77.37
		ศรีวิไล	68.75	82.63	85.64
		บุ่งคล้า	76.92	91.76	86.96
		จังหวัดบึงกาฬ	**73.97**	**79.35**	**77.77**

ข้อมูลจาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

6. ความสำเร็จในการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
		รายอำเภอ	2563	2564	2565
ความสำเร็จในการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด	ระดับ	บึงกาฬ	-	3.58	4.50
		พรเจริญ	-	4.11	4.50
		โซ่พิสัย	-	3.41	4.50
		เซกา	-	4.62	4.75
		ปากคาด	-	3.55	4.50
		บึงโขงหลง	-	4.12	4.75
		ศรีวิไล	-	3.64	4.75
		บุ่งคล้า	-	4.46	4.85

ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาล

เกณฑ์เป้าหมาย

ระดับจังหวัด

1. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน มากกว่าเท่ากับร้อยละ 80
2. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง น้อยกว่าเท่ากับ 100
3. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ มากกว่าเท่ากับร้อยละ 90
4. อัตราผู้ป่วยโรคหืดได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ มากกว่าเท่ากับร้อยละ 90
5. ร้อยละผู้ป่วยนอกโรคหืดได้รับยา inhaled corticosteroid มากกว่าเท่ากับร้อยละ 80

ระดับอำเภอ

ความสำเร็จในการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด 5 คะแนน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ป่วยโรคหืดที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาล
3. ผู้ป่วยโรคหืด

วิธีจัดเก็บข้อมูล

โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 43 แฟ้มของสถานพยาบาล/ HDC/ ทะเบียนผู้ป่วย

แหล่งข้อมูล

โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 43 แฟ้มของสถานพยาบาล/HDC

รายการข้อมูล 1 การรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน

A = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44) อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง ได้รับการบ และติดตามครบ 4 ประเด็น หน่วยเป็นคน

B = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44) อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง ได้รับการประเมินและติดตามครบ 4 ประเด็น หน่วยเป็นคน

รายการข้อมูล 2 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

C = จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และหรือต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลด้วยการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และได้รับยากลุ่ม Systemic corticosteroid (รหัสยา24 หลักของDexamethasone : 10138000000068031 0181506 , รหัสยา 24 หลักของ hydrocortisone : 101382263001171110281166) และหรือยาปฏิชีวนะ โดยนับเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (PDx = J44.0, J44.1) หน่วยเป็นครั้ง

D = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (PDx = J44) ในปีงบประมาณที่ผ่านมารวมกับจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในปีปัจจุบันหน่วยเป็นคน

รายการข้อมูล 3 อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่

E = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44) ที่ขึ้นทะเบียนในระบบบริการสุขภาพและได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่

F = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44) ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนในระบบบริการสุขภาพ

รายการข้อมูล 4 อัตราผู้ป่วยโรคหืดได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่

G = ผู้ป่วยโรคหืด (J45) ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง และได้รับได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่

H = ผู้ป่วยโรคหืด (J45) ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง

รายการข้อมูล 5 ร้อยละผู้ป่วยนอกโรคหืดได้รับยา inhaled corticosteroid

I = จำนวนผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid (HN)

ดึงข้อมูลผู้ป่วย (HN) โรคหืดจากแฟ้ม DIADNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น J45.0-J45.9,J46 ทุก diag type นับตาม HN ในรอบการดึงข้อมูล

J = จำนวนผู้ป่วยนอกโรคหืดทั้งหมด (HN)

ดึงข้อมูลผู้ป่วย (HN) โรคหืดจากแฟ้ม DIADNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น J45.0-J45.9}J46 ทุก diag type และมียา inhaled corticosteroid จากแฟ้ม Drug_OPD

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล ทุก 6 เดือน (ไตรมาส 2 และ 4)

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับอำเภอ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 คะแนนดังนี้

คะแนน	แนวทางการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐาน
0.25	1. แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน -มีการกำหนดนโยบาย เป้าหมายการดำเนินงาน -มีการสื่อสารนโยบาย เป้าหมายการดำเนินงานให้ผู้เกี่ยวข้องรับรู้ทั่วถึงกัน -มีคำสั่งสหสาขาวิชาชีพกำหนดบทบาทหน้าที่โดยละเอียดเป็นลายลักษณ์อักษร -มีการประชุมคณะทำงาน ไม่น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง	-คำสั่ง -นโยบาย/การสื่อสาร -รายงานการประชุม
0.25	2. ประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ -จัดทำข้อมูลสถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืดย้อนหลังไม่น้อยกว่า 3 ปี -วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา สำรวจส่วนขาด -ร่วมตัดสินใจกำหนดวิธีการหรือแนวทางปฏิบัติร่วมกันและร่วมกำกับติดตามให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติ -คืนข้อมูล/นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อคณะทำงานและผู้เกี่ยวข้อง	-แบบรายงานสถานการณ์
0.25	3.แผนงาน/โครงการ/เป้าหมาย/กลวิธี/แนวทางการดำเนินงาน/รายละเอียดกิจกรรม/งานในบทบาทความรับผิดชอบ -แผนงาน ฯ เป็นลายลักษณ์อักษร -ส่งเสริมให้มีการจัดบริการเชิงรุก/คลินิกเคลื่อนที่ในชุมชน -จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง -จัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและให้ความรู้ ร่วมกับแกนนำชุมชน	-แผนงาน/โครงการ
0.5	4. การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ -มีทะเบียนข้อมูลการดำเนินงานให้บริการครบถ้วน -บันทึกติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน -ระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการจัดการข้อมูล (IT) -สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ แนวทางแก้ไขและแผนการดำเนินงานในปีต่อไป	-แบบสรุปผลการดำเนินงาน/กิจกรรม/โครงการ
0.25	5. กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน -เลือกเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน -กำหนดช่วงเวลา/จำนวนครั้ง/ระยะเวลาในการประเมิน/ผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน -แผนติดตามกำกับและประเมินผล -กำหนดประเด็นหลักที่ต้องการติดตาม	-แผนกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
0.5	6. รูปแบบการจัดบริการ/มาตรฐาน/CPG -เป็นลายลักษณ์อักษรและมีการใช้งาน -มีการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง	-CPG
0.5	7. มีการพัฒนานวัตกรรมที่เกิดประโยชน์และนำไปใช้ได้จริง -นวัตกรรม -มีการถ่ายทอด/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปยังพื้นที่ใกล้เคียง	-นวัตกรรม

<table>
<tr><td>0.5</td><td>8. การมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่าย องค์กร ในชุมชน
-ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรค ปัญหาและปัจจัยเสี่ยง เพื่อวางแผนกำหนดมาตรการจัดการปัญหา
-ร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการและขับเคลื่อนงานตามแผนเพื่อจัดการแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์
-ร่วมติดตามประเมินผลเพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะการดำเนินงานในระยะต่อไป
-มีมาตรการทางสังคมในชุมชนและใช้ได้จริง</td><td>-มาตรการทางสังคม
-กิจกรรม/แผนงาน/โครงการร่วมกับชุมชน</td></tr>
<tr><td>2</td><td>9. ผลการดำเนินงาน
<table>
<tr><th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">รอบ/เกณฑ์ประเมิน</th><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1.อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน</td><td>รอบที่ 1
≥ 40 %</td><td>≤20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>≥ 40</td></tr>
<tr><td>รอบที่ 2
≥ 80 %</td><td>≤40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>≥ 80</td></tr>
<tr><td>2.อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง</td><td>รอบที่1,2
≤110%</td><td>≥125</td><td>120</td><td>115</td><td>110</td><td>≤100</td></tr>
<tr><td>3.อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่</td><td>รอบที่ 2
≥ 90 %</td><td>≤50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>≥ 90</td></tr>
<tr><td>4.อัตราผู้ป่วยโรคหอบหืดได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่</td><td>รอบที่ 2
≥ 90 %</td><td>≤50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>≥ 90</td></tr>
<tr><td>5.ร้อยละผู้ป่วยนอกโรคหืดได้รับยา inhaled corticosteroid</td><td>รอบที่ 2
≥ 80 %</td><td>≤40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>≥ 80</td></tr>
</table></td><td></td></tr>
</table>

วิธีการประเมินผล

-เก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงาน HDC และทะเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลทุกไตรมาส และนิเทศติดตามประเมินผล

-นำเสนอผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมินระดับอำเภอ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางพิกุลทอง สมตน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

2. นางกุลรภัส ภูติโส ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

โทรศัพท์ : 042-492045-6 ต่อ 104 โทรสาร : 0 4249 2001 Email : ncd.ssjbk@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (BK Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 27. การดำเนินงานการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
2. ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
3. ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติได้รับการส่องกล้อง

ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม
<u>1) มะเร็ง 5 อันดับแรก</u> ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) มะเร็งหลอดคอหลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และมะเร็งปากมดลูก (C53)
<u>2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด</u> หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก
- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา
- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา
- ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง เป็นต้น
- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ

<u>3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด</u> หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก
- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก
- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)
- ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 1.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

1. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด/เคมีบำบัดภายในระยะเวลา

Baseline data	หน่วยวัด/เกณฑ์	โรงพยาบาล	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
การผ่าตัดใน 4 สัปดาห์	≥ร้อยละ80	บึงกาฬ	82.08(87/106)	88.16(76/67)	93.51(77/72)
		เซกา	100 (8/8)	100 (6/6)	100 (1/1)
		บึงโขงหลง	100 (3/3)	100 (1/1)	100 (2/2)
เคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์	≥ร้อยละ80	บึงกาฬ	70 (21/30)	75.56 (45/34)	100 (44/44)

2. การบันทึกข้อมูลเพื่อติดตามผู้ป่วยในการดูแลรักษาโรคมะเร็งในระบบทะเบียนมะเร็งของโรงพยาบาล

โปรแกรมที่บันทึกข้อมูล	หน่วยบริการที่ใช้โปรแกรม
โปรแกรม Thai Cancer Based สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	โรงพยาบาลบึงกาฬ
โปรแกรม HOSxP ; คลินิกพิเศษโรคมะเร็ง	โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดบึงกาฬ

เกณฑ์เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด มากกว่าเท่ากับร้อยละ 80
2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด มากกว่าเท่ากับร้อยละ 80

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด
2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา
2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษาได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด (C) ตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. ข้อมูล<u>วันที่</u>เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผลได้แก่

   3.1 <u>วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ </u>(Obtained date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้ยืนยันโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ

   3.2 <u>วันผ่าตัด</u> (Operation date) เพื่อการรักษา

   3.3 วันที่ได้รับ<u>ยาเคมีวันแรก</u>และวันที่ได้รับ<u>เคมีวันสุดท้าย</u>
   <u>กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ</u>

   3.4 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง

แหล่งข้อมูล

1.ทะเบียนมะเร็ง (Cancer registry)

1.1 Thai Cancer Based รพ.บึงกาฬ

1.2 HOSxP Program โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

2. หน่วยบริการผู้ป่วยนอก ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด

รายการข้อมูล 1

$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤4 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

$A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

รายการข้อมูล 2

$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด

$B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A_{(S)} / B_{(S)}) + (A_{(C)} / B_{(C)})/2 \times 100$

ระยะเวลาการประเมินผล ทุก 6 เดือน (ไตรมาส 2 และ 4)

เกณฑ์การประเมินผล

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/เคมีบำบัด ภายในระยะเวลาที่กำหนด	≥80	70	≤60	65	70	75	≥80
2. การจัดทำทะเบียนมะเร็งของโรงพยาบาล	5คะแนน	30	1	2	3	4	5

2.โรงพยาบาลที่ไม่มีการรักษาโรคมะเร็งได้แก่ รพ.ปากคาด รพ.พรเจริญ รพ.ศรีวิไล รพ.โซ่พิสัยและ รพ.บุ่งคล้า

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับคะแนน				
การจัดทำทะเบียนมะเร็งของโรงพยาบาล	5คะแนน	1	2	3	4	5

วิธีการประเมินผล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงาน HDC โรงพยาบาลทุกไตรมาส และนิเทศติดตามประเมินผล

เอกสารสนับสนุน

คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ปี 2561 – 2565

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางพิกุลทอง สมตน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นางกุลรภัส ภูติโส ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์ : 042-492045-6 ต่อ 104 โทรสาร : 0 4249 2001 Email : ncd.ssjbk@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (BK Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 28. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
ค่าน้ำหนัก 2.5
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม
<u>การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง</u> หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย* (อายุ 30-70 ปี) ได้รับ ความรู้และสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลความผิดปกติของเต้านม และได้รับการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Awareness หรือ Breast Self Examination : BSE) มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างสม่ำเสมอ ตามคำแนะนำ
<u>การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข</u> หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย* (อายุ 30-70 ปี) ได้รับตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (Clinical Breast Examination : CBE) อย่างน้อยคนละ 1 ครั้งต่อปี
<u>การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</u> หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย* อายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือ เก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ แนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก 5 ปี
<u>ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ</u> หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น

O ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ 16 และหรือ 18 หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (Colposcopy)

O ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่นๆ เช่น 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 และ 68 เป็นต้น หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลือมาตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ ≥ ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน 1 ปีที่โรงพยาบาล
<u>การส่องกล้อง (Colposcopy)</u> หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในมดลูก ช่องคลอด ปากมดลูก ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกในระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด
<u>การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test (Fecal Immunochemical Test)</u> หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระโดยอาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ ผลลบ (Negative) ไม่พบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ ให้คำแนะนำการดูแลตนเองและรับการคัดกรอง 1 ครั้งในรอบ 2 ปีงบประมาณ

<u>ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ</u> หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test (Fecal Immunochemical Test เป็นบวก (Positive) คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ ส่งต่อไปโรงพยาบาลประจำจังหวัดเพื่อทำการส่องกล้อง

<u>การส่องกล้อง (Colonoscopy)</u> หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องขยายเพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงในระยะต้น

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data (ระดับจังหวัด)	หน่วยวัด/ เกณฑ์	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
1.สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)	≥ร้อยละ80	86.68	84.42	70.85
2.สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE)	≥ร้อยละ80	90.92	86.30	73.31
3.สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	≥ร้อยละ60	29.08 (Pap smear)	40.29 (Pap smear)	37.11 (HPV DNA)
4. สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีผลการคัดกรอง HPV DNA Test ผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง (Colposcopy)	≥ร้อยละ70	NA	NA	11.25
5.ประชากรอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test	≥ร้อยละ50	28.18	57.51	15.06
6.ประชากรอายุ 50-70 ปี ที่ผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง (Colonscopy)	≥ร้อยละ50	35.17	37.63	4.73

Baseline data (ระดับอำเภอ)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
1.สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)				
บึงกาฬ	ร้อยละ	92.42	93.26	61.87
พรเจริญ	ร้อยละ	95.09	94.36	95.06
โซ่พิสัย	ร้อยละ	90.88	91.38	79.37
เซกา	ร้อยละ	91.02	73.14	60.26
ปากคาด	ร้อยละ	87.51	81.62	84.87
บึงโขงหลง	ร้อยละ	57.33	84.63	77.32
ศรีวิไล	ร้อยละ	81.8	66.73	53.61
บุ่งคล้า	ร้อยละ	67.06	80.12	87.19

2.สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE)				
บึงกาฬ	ร้อยละ	92.91	94.24	65.24
พรเจริญ	ร้อยละ	95.61	95.87	96.44
โซ่พิสัย	ร้อยละ	91.86	92.29	85.12
เซกา	ร้อยละ	95.04	74.96	61.48
ปากคาด	ร้อยละ	87.89	81.97	84.96
บึงโขงหลง	ร้อยละ	83.38	89.51	78.98
ศรีวิไล	ร้อยละ	82.83	67.17	53.98
บุ่งคล้า	ร้อยละ	84.64	94.60	91.51
3. สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		(Pap smear)	(Pap smear)	(HPV DNA)
บึงกาฬ	ร้อยละ	48.27	56.19	3.61
พรเจริญ	ร้อยละ	22.4	45.71	68.36
โซ่พิสัย	ร้อยละ	38.22	51.87	53.44
เซกา	ร้อยละ	17.29	26.51	80.97
ปากคาด	ร้อยละ	8.17	24.95	16.07
บึงโขงหลง	ร้อยละ	15.47	23.13	13.13
ศรีวิไล	ร้อยละ	20.55	30.28	10.20
บุ่งคล้า	ร้อยละ	42.61	44.94	29.41
4. สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีผลการคัดกรอง HPV DNA Test ผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง (Colposcopy)				
บึงกาฬ	ร้อยละ	NA	NA	16.67
พรเจริญ	ร้อยละ	NA	NA	20.00
โซ่พิสัย	ร้อยละ	NA	NA	11.76
เซกา	ร้อยละ	NA	NA	8.57
ปากคาด	ร้อยละ	NA	NA	0.00
บึงโขงหลง	ร้อยละ	NA	NA	25.00
ศรีวิไล	ร้อยละ	NA	NA	0.00
บุ่งคล้า	ร้อยละ	NA	NA	0.00
5. ประชากรอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test				
บึงกาฬ	ร้อยละ	5.46	0.19	0.02
พรเจริญ	ร้อยละ	0.00	9.62	0.00
โซ่พิสัย	ร้อยละ	0.00	6.22	6.95
เซกา	ร้อยละ	6.95	4.70	0.02
ปากคาด	ร้อยละ	0.00	8.54	0.01
บึงโขงหลง	ร้อยละ	0.00	14.78	4.89
ศรีวิไล	ร้อยละ	0.00	7.41	1.67
บุ่งคล้า	ร้อยละ	0.00	14.17	0.00

6.ประชากรอายุ 50-70 ปี ที่ผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy				
บึงกาฬ	ร้อยละ	5.46	0.19	0.02
เซกา	ร้อยละ	6.95	4.70	0.02

เกณฑ์เป้าหมาย

รายการตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย
สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)	≥ 80
สตรีอายุ 30-70 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE)	≥ 80
สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test	≥ 60
สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีผลการคัดกรอง HPV DNA Test ผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง (Colposcopy)	≥ 70
ประชากรอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test	≥ 50
ประชากรอายุ 50-70 ปี ที่ผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ 50

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-70 ปี) คัดกรองมะเร็งเต้านม
2. สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) คัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. ประชากรเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

วิธีจัดเก็บข้อมูล

จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย และจำนวนที่ได้รับการคัดกรองการคัดกรองมะเร็งเต้านม

รหัส	Description	Service plan มะเร็ง		หมายเหตุ
		CBE	BSE	
1B0030	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองได้ผลปกติ	ผลปกติ	ผลปกติ	นับผลงานได้ทั้ง CBE และ BSE
1B0031	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองได้ผลผิดปกติ	ผลปกติ	ผลผิดปกติ	นับผลงานได้ทั้ง CBE และ BSE
1B0032	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลปกติ ผู้รับบริการไม่เคยตรวจด้วยตนเอง	ผลปกติ	ไม่เคยตรวจ	นับผลงานได้ เฉพาะ CBE
1B0033	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลปกติ ไม่ระบุว่าผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองหรือไม่	ผลปกติ	ไม่ระบุว่าเคยตรวจหรือไม่	นับผลงานได้ เฉพาะ 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	นับผลงานได้ เฉพาะ CBE
1B0037	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ไม่ระบุว่าผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองหรือไม่	ผลผิดปกติ	ไม่ระบุว่าเคยตรวจหรือไม่	นับผลงานได้ เฉพาะ CBE
1B0039	ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ไม่ระบุรายละเอียด	ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม	ไม่ระบุรายละเอียด	นับผลงานได้ เฉพาะ CBE

แหล่งข้อมูล

-ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม -ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข

-ฐานข้อมูล HPV Screening สถาบันมะเร็งแห่งชาติ -(รายงานจาก รพ.สต.และ โรงพยาบาลทุกแห่ง)

รายการข้อมูล 1

$A_{(Br)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม

$A_{(Cx)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

$A_{(CP)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy

$A_{(F)}$ = จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

$A_{(CL)}$ = จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy

รายการข้อมูล 2

$B_{(Br)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-70 ปี ทั้งหมด

$B_{(Cx)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี ทั้งหมด

$B_{(CP)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

$B_{(F)}$ = จำนวนกลุ่มเป้าหมายอายุ 50-70 ปี ทั้งหมด

$B_{(CL)}$ = จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

$(A_{(Br)} / B_{(Br)}) \times 100$, $(A_{(Cx)} / B_{(Cx)}) \times 100$, $A_{(CP)} / B_{(CP)}) \times 100$, $(A_{(F)} / B_{(F)}) \times 100$, $(A_{(CL)} / B_{(CL)}) \times 100$

ระยะเวลาการประเมินผล ทุก 6 เดือน (ไตรมาส 2 และ 4)

เกณฑ์การประเมินผล ระดับจังหวัด /ระดับอำเภอ

ประเมินรอบที่ 1

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เป้าหมาย	ระดับคะแนน				
			1	2	3	4	5
1. สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)	10	≥ ร้อยละ40	≤20	25	30	35	≥40
2. สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ (CBE)	10	≥ ร้อยละ40	≤20	25	30	35	≥40
3. สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	20	≥ ร้อยละ30	≤10	15	20	25	≥30
4.สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีผลการคัดกรอง HPV DNA Test ผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง (Colposcopy)	20	≥ ร้อยละ35	≤15	20	25	30	≥35
5. ประชากรอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	20	≥ ร้อยละ30	≤10	15	20	25	≥30
6. ประชากรอายุ 50-70 ปี ที่ผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	20	≥ ร้อยละ30	≤10	15	20	25	≥30

ประเมินรอบที่ 2

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เป้าหมาย	ระดับคะแนน				
			1	2	3	4	5
1. สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)	10	≥ ร้อยละ80	≤60	65	70	75	≥80
2. สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ (CBE)	10	≥ ร้อยละ80	≤60	65	70	75	≥80
3. สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	20	≥ ร้อยละ60	≤40	45	50	55	≥60
4.สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีผลการคัดกรอง HPV DNA Test ผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง (Colposcopy)	20	≥ ร้อยละ70	≤50	55	60	65	≥70
5. ประชากรอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	20	≥ ร้อยละ50	≤30	35	40	45	≥50
6. ประชากรอายุ 50-70 ปี ที่ผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	20	≥ ร้อยละ50	≤30	35	40	45	≥50

วิธีการประเมินผล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลทุกไตรมาส และนิเทศติดตามประเมินผล

เอกสารสนับสนุน

- แนวทางการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test
- แนวทางการดำเนินงานและการบันทึกข้อมูลโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางพิกุลทอง สมตน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นางกุลรภัส ภูติโส ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานควบโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

โทรศัพท์ : 042-492045-6 ต่อ 104 โทรสาร : 0 4249 2001 Email : ncd.ssjbk@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ (....) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 41. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำหัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษา การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
	ร้อยละ	23.46	33.33	32.49

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ ร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS

ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2566
≥ร้อยละ 30	≥ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 50

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery
วิธีการจัดเก็บข้อมูล : หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (ODS) ผ่านระบบ One Day Surgery Registry
แหล่งข้อมูล /สูตรคำนวณ : ระบบ One Day Surgery Registry

(A/B) x 100

$$\frac{\text{A = ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับบริการผ่าตัด One Day Surgery}}{\text{B = ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับบริการผ่าตัดทั้งหมด}} \times 100$$

***<u>หมายเหตุ</u> การคำนวณต่างจากปีที่ผ่านมา ยกตัวอย่างเช่น Hernia เป็นหัตถการ**
ที่ผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด ดังนั้น สูตรการคำนวณคือ
A = จำนวนผู้ป่วยในโรคที่ให้บริการและได้รับบริการผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด
B = จำนวนผู้ป่วยในโรคนั้นที่ได้รับบริการผ่าตัดทั้งหมด

ระยะเวลาประเมินผล รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมินผล_ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ ร้อยละ 30 โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินและเข้าร่วมโครงการการผ่าตัดแบบ One Day Surgery คือ โรงพยาบาลบึงกาฬ และโรงพยาบาลเซกา

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

ระดับคะแนน1	ระดับคะแนน 2	ระดับคะแนน 3	ระดับคะแนน 4	ระดับคะแนน 5
ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30

วิธีการประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS)

เอกสารสนับสนุน รหัสโรค (ICD-10 2010) / รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010) จำนวน 65 หัตถการ

ผู้ประสานงาน_ 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

ยุทธศาสตร์ที่ 2. ด้านบริการเป็นเลิศ (**Service Excellence)**
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ(....) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 30. ร้อยละของการ **Re-admit** ภายใน **1** เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (**Minimally Invasive Surgery** : **MIS**)
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อทำการรักษาโรคและอาการเจ็บป่วยโดยบาดแผลที่เกิดจากการผ่าตัดนั้นมีขนาดเล็ก (อาจมีมากกว่า 1 แผล) แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะใช้อุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นท่อสอดเข้าไปในร่างกายเพื่อทำการผ่าตัด โดยใช้ภาพมุมมองจากกล้องวีดิทัศน์ที่ติดไว้กับอุปกรณ์ผ่านจอภาพ เมื่อทำการผ่าตัดเสร็จแล้วจึงทำการเย็บปิดรอยแผลที่เกิดขึ้น ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษาการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้

โดยการ Re-admit ภายใน 1 เดือน มีสาเหตุที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ surgical site infection: SSI

<u>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</u>

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
	ร้อยละ	0	0	ไม่มีผู้ป่วยRe-admit 0

<u>เกณฑ์เป้าหมาย</u>

ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5

<u>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</u> : ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) หมายเหตุ:ข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไปหรือโรงพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนผ่านการประเมิน MIS ของโรงพยาบาลบึงกาฬ และโรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล : หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ผ่านระบบ Minimally Invasive Surgery Registry (โรงพยาบาลบึงกาฬ) และ โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ

แหล่งข้อมูล /สูตรคำนวณ ระบบ Minimally Invasive Surgery Registry (โรงพยาบาลบึงกาฬ) และโรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ

(A/B) x 100

A = จำนวนผู้ป่วยที่มีการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดี และหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

_____ **X 100**

B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ทั้งหมด

ระยะเวลาประเมินผล รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมินผล

<u>เกณฑ์เป้าหมาย:ระดับจังหวัด</u>

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

โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) คือ โรงพยาบาลบึงกาฬ และโรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ

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

ระดับคะแนน1	ระดับคะแนน ๒	ระดับคะแนน ๓	ระดับคะแนน 4	ระดับคะแนน 5
< ร้อยละ 25	< ร้อยละ 20	< ร้อยละ 15	< ร้อยละ 10	< ร้อยละ 5

วิธีการประเมินผล__วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ผ่านระบบ Minimally Invasive Surgery Registry ของโรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

เอกสารสนับสนุน

ผู้ประสานงาน 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

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (√) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : 31. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)
ค่าน้ำหนัก : 2.5
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม :

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 การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	ร้อยละ	2.94	3.56	3.31

เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	< ร้อยละ 7	< ร้อยละ 7

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล

วิธีจัดเก็บข้อมูล : ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

รายงานข้อมูล

รายงานข้อมูล A คือ จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย

รายงานข้อมูล B คือ จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke :I60-I69)

สูตรการคำนวณ : (A/B)x100

ระยะเวลาการประเมินผล : ไตรมาส 2, 4

เกณฑ์การประเมินผล : ระดับจังหวัด/อำเภอ

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ (รอบ 1,2)	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	< ร้อยละ 7	≥9	8	7	6	≤5

วิธีการประเมินผล : ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายแพทย์วรุตม์ ชมภูจันทร์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน :042-491161-3 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลบึงกาฬ
1. นางกุลรภัส ภูติโส ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
2. นายศรุต แสงขาว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
   กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
   โทรศัพท์ : 042-492045-6 ต่อ 104 โทรสาร : 0 4249 2001 Email :ncd.ssjbk2565@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (√) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัดหลัก : 32. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
ตัวชี้วัดย่อย : 1.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
2.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
ค่าน้ำหนัก : 2.5
หน่วยการวัด : อัตรา, ร้อยละ
คำนิยาม : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)
ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 อัตราตายในผู้ป่วย STEMI

1.ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit)

2.การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละ	1.16	7.94	2.08(9 เดือน)
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	64.71	87.1	80.00(9 เดือน)

เกณฑ์เป้าหมาย

รายการตัวชี้วัด	**ปีงบประมาณ 2565**	**ปีงบประมาณ 2566**	**ปีงบประมาณ 2567**
อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI
-ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด

วิธีจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากแบบรายงานสาขาโรคหัวใจเขตสุขภาพที่ 8

แหล่งข้อมูล : ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน

รายการข้อมูล :

ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

A = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลและเสียชีวิตระหว่างนำส่งผู้ป่วยทั้งหมด

B = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่มาโรงพยาบาลทั้งหมด

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด

สูตรการคำนวณ = (A/B) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล : ไตรมาส 2, 4

เกณฑ์การประเมินผล : ระดับจังหวัด/อำเภอ

ตัวชี้วัด	**เกณฑ์ (รอบ 1,2)**	**เกณฑ์การให้คะแนน**				
		1	**2**	**3**	**4**	**5**
อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	<ร้อยละ 8	**≥16**	**14**	**12**	**10**	**≤8**
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ร้อยละ 60	**≤30**	**45**	**60**	**75**	**≥90**

วิธีการประเมินผล : รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจากเวชระเบียน

เอกสารสนับสนุน : เอกสาร 43 แฟ้มข้อมูลและข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจากแบบรายงานสาขาโรคหัวใจสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางกุลรภัส ภูติโส ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
2. นายศรุต แสงขาว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

โทรศัพท์ : 042-492045-6 ต่อ 104 โทรสาร : 0 4249 2001 Email :ncd.ssjbk2565@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด **(√) เชิงปริมาณ** **( ) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 33.ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง < 5 ml/min/1.73m2/yr
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง **eGFR (estimated glomerular filtration rate)** หมายถึง อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง < 5 ml/min/1.73m2/yr	ร้อยละ	63.57	68.06	58.7

เกณฑ์เป้าหมาย
อัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m2/yr

ปีงบประมาณ 65	**ปีงบประมาณ 66**	**ปีงบประมาณ 67**
≥ ร้อยละ 67	≥ ร้อยละ 67	≥ ร้อยละ 67

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 'N181', 'N182', 'N183', 'N184', 'N189', 'E102', 'E112', 'E122', 'E132', 'E142', 'N083', 'I120', 'I129', 'I130', 'I131', 'I132', 'I139','I151', 'N021', 'N022', 'N023', 'N024', 'N025', 'N026', 'N027', 'N028', 'N029', 'N031', 'N032', 'N033', 'N034', 'N035', 'N036', 'N037', 'N038', 'N039', 'N041', 'N042', 'N043', 'N044', 'N045', 'N046', 'N047', 'N048', 'N049', 'N051', 'N052', 'N053', 'N054', 'N055', 'N056', 'N057', 'N058', 'N059', 'N061', 'N062', 'N063', 'N064', 'N065', 'N066', 'N067', 'N068', 'N069', 'N071', 'N072', 'N073', 'N074', 'N075', 'N076', 'N077', 'N078', 'N079', 'N081', 'N082', 'N083', 'N084', 'N085', 'N086', 'N087', 'N088', 'N089', 'N110','N111', 'N118', 'N119', 'N12', 'N130', 'N131', 'N132', 'N133', 'N134', 'N135', 'N136', 'N137', 'N138', 'N139', 'N140', 'N141', 'N142', 'N143', 'N144', 'N200', 'N201', 'N202', 'N2019', 'N210', 'N211', 'N218', 'N219', 'N251', 'N258', 'N259', 'N26', 'N270', 'N271', 'N279', 'N280', 'N281', 'N288', 'N289', 'N144', 'Q610', 'Q611', 'Q612', 'Q613', 'Q614', 'Q615', 'Q618' ที่มี 60 > eGFR>= 15

วิธีจัดเก็บข้อมูล

• การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และ ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน

• โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5

2.รายงานข้อมูล B จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) × 100

ระยะเวลาการประเมินผล ไตรมาส 4 (แต่สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ real time)

เกณฑ์การประเมินผล

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ร้อยละ	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr	≥67%	≤55%	58%	61%	64%	≥67%

วิธีการประเมินผล ประเมิน Real time ผ่านระบบ HDC สสจ.บึงกาฬ เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD มารับบริการ ณ เวลา นั้นๆ

เอกสารสนับสนุน คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นางจุฑาภรณ์ สุวรรณเลิศ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ 083-459-3992

โทรสาร : 0 4249 2001 E-mail : jtp.faii@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (√) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัดหลัก : 34. ร้อยละความสำเร็จของการป้องกันการฆ่าตัวตาย
ค่าน้ำหนัก : 2.5
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม : การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ

กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ ผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย พยายามทำร้ายตัวเอง ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีประวัติใช้ยาเสพติด

พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่ถึงเสียชีวิต และมีลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงกับตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD –10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)

ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 63 - กันยายน 2565 ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่เสียชีวิต แต่ยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลาภายใน 1 ปี

ระยะเวลา 1 ปี หมายถึง นับตั้งแต่ ณ เดือนที่มารับบริการ จนถึงเดือนนี้ของปีถัดไป ตัวอย่าง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย รหัส X60 เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ภายหลังจากการได้รับการรักษาดูแลจนปลอดภัยกลับสู่ชุมชน จะยังคงได้รับการดูแล ติดตาม / เฝ้าระวัง ไม่เกิดการลงมือทำร้ายตนเองซ้ำใหม่อีกครั้งไม่ว่าจะวิธีการใดๆ จนไปถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นระยะเวลา 1 ปี หากพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ ได้มีการทำร้ายตนเองในวันที่ 1 มกราคม 2565 จะถือว่าเป็นการทำซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี

แต่หากว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ มีการทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ภายหลังวันที่ 1 ตุลาคม 2565 จะถือว่าเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายรายใหม่ ที่จะได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องและเฝ้าระวังจนถึง วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ต่อไป ไม่นับว่าเป็น การทำซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

เข้าถึงบริการ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดของประเทศไทยและได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) ณ วันรับบริการ ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2565 เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชน จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุข และ หรือ นัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ภายใน 15 - 30 วัน

ผู้ป่วยโรคโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5:Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การ

อนามัยโลกฉบับที่ 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 2565 พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่ทุกอำเภอในจังหวัดบึงกาฬ

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้ มีอารมณ์ไม่เหมาะสม โดยระดับความรู้สึกและสติปัญญามักยังปกติอยู่ ได้แก่ ความคิดแพร่กระจาย ความหลงผิดในการรับรู้ หลงผิดว่าถูกควบคุมหรือถูกขัดขวาง หูแว่ว ได้ยินคนอื่นนินทา ผู้ป่วยมีความผิดปกติอาการด้านลบ การดำเนินโรคจะเป็นไปแบบต่อเนื่องหรือมีอาการเป็นพักๆหรือตลอดเวลาหรือเป็นครั้งสองครั้งแล้วหายสมบูรณ์หรือไม่ก็ได้ โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD10 หมวด หมายถึง F20.X ของปี2556หรือเทียบเคียงกับกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-V:Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders V) ที่มารับบริการ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2562	2563	2564	2565
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อประชากรแสนคน	8.5	9.82	10.05	8.53
ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา1 ปี	ร้อยละ	NA	NA	97.57	100
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ร้อยละ	43.97	50.96	82.85	85.31
ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ	ร้อยละ	49.55	55.62	115.33	125.17

เกณฑ์เป้าหมาย

รายการตัวชี้วัด	**ปีงบประมาณ 2566**
ร้อยละความสำเร็จของการป้องกันการฆ่าตัวตาย	≥ 70 คะแนน
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน
ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา1 ปี	ร้อยละ 90
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	≥ร้อยละ 74
ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ	≥ร้อยละ 82
การคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q 8Q 9Q) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	≥ร้อยละ 50
การคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q 8Q 9Q) ในหญิงตั้งครรภ์	≥ร้อยละ 50
การคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q 8Q 9Q) ในกลุ่มผู้สูงอายุ	≥ร้อยละ 50

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : - ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจังหวัดบึงกาฬ
- ผู้พยายามฆ่าตัวตายจังหวัดบึงกาฬ
- ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจังหวัดบึงกาฬ
- ผู้ป่วยโรคจิตเภทจังหวัดบึงกาฬ

วิธีจัดเก็บข้อมูล : บันทึกข้อมูลในระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับชาติ/HDC
แหล่งข้อมูล : ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับชาติ/HDC/รายงานการดำเนินงานจากหน่วยบริการ
สูตรการคำนวณ = (A/B) x 100
ระยะเวลาการประเมินผล : ไตรมาส 2, 4
เกณฑ์การประเมินผล : ระดับจังหวัด/อำเภอ

<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>กิจกรรม</th><th>คะแนน</th><th>เอกสารประกอบ</th></tr>
<tr><td>1.</td><td>ร้อยละตำบลที่มีการอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต การปฐมพยาบาลทางใจโดยใช้หลัก 3 ส คือ 1.สอดส่องมองหา 2.ใส่ใจรับฟัง และ 3.ส่งต่อ) แก่ อสม. ให้สามารถค้นหา เฝ้าระวังและแจ้งเหตุเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย รับรู้/เข้าใจถึงสัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตายของคนใกล้ตัว และสามารถช่วยเหลือเบื้องต้น
<table>
<tr><td>คะแนน</td><td>2</td><td>4</td><td>6</td><td>8</td><td>10</td></tr>
<tr><td>รอบที่ 1 ร้อยละ</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td></tr>
<tr><td>รอบที่ 2 ร้อยละ</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr>
</table></td><td>10</td><td>สรุปรายงานและภาพประกอบ</td></tr>
<tr><td>2.</td><td>2.1ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย(2Q,9Q,8Q)
<table>
<tr><td>คะแนน</td><td>0</td><td>5</td><td>10</td><td>15</td><td>20</td></tr>
<tr><td>รอบที่ 1 ร้อยละ</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td></tr>
<tr><td>รอบที่ 2 ร้อยละ</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr>
</table></td><td>20</td><td>-บันทึกข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า ใน HDC</td></tr>
<tr><td>3.</td><td>3.1 มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับการสังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายและแนวทางการช่วยเหลือส่งต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน ระดับอำเภอ และระดับหมู่บ้าน (5คะแนน)
3.2 จัดสัปดาห์สุขภาพจิต (5คะแนน)</td><td>10</td><td>สรุปรายงานและภาพประกอบ</td></tr>
<tr><td>4.</td><td>มีระบบการดูแลวิกฤตสุขภาพจิตและการปฏิบัติโดย ทีม MCATT จัดทำรายงานและส่งให้สสจ.ได้ทราบเมื่อมีการออกปฏิบัติงาน</td><td>10</td><td>-มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระบบอำเภอแบบบูรณาการเป็นปัจจุบัน และกำหนด บทบาทหน้าที่ชัดเจน
-รายงานการดำเนินงานภาพประกอบ
-จัดทำการซ้อมแผน</td></tr>
<tr><td>5.</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
<table>
<tr><td>คะแนน</td><td>2</td><td>4</td><td>6</td><td>8</td><td>10</td></tr>
<tr><td>รอบที่ 1 ร้อยละ</td><td>≤40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>≥60</td></tr>
<tr><td>รอบที่ 2 ร้อยละ</td><td>≤50</td><td>55</td><td>61</td><td>66</td><td>≥74</td></tr>
</table></td><td>10</td><td>HDC</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>กิจกรรม</th><th>คะแนน</th><th>เอกสารประกอบ</th></tr>
<tr><td>6.</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ
<table>
<tr><td>คะแนน</td><td>2</td><td>4</td><td>6</td><td>8</td><td>10</td></tr>
<tr><td>รอบที่ 1 ร้อยละ</td><td>≤40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>≥60</td></tr>
<tr><td>รอบที่ 2 ร้อยละ</td><td>≤74</td><td>76</td><td>78</td><td>80</td><td>≥82</td></tr>
</table></td><td>10</td><td>HDC</td></tr>
<tr><td>7.</td><td>อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จระดับอำเภอ(รอบ1,2)
<table>
<tr><td>คะแนน</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>10</td><td>15</td></tr>
<tr><td>ร้อยละ</td><td>≥16</td><td>14</td><td>12</td><td>10</td><td>≤8</td></tr>
</table></td><td>15</td><td>รง.506</td></tr>
<tr><td>8.</td><td>ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี
<table>
<tr><td>คะแนน</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>10</td><td>15</td></tr>
<tr><td>ร้อยละ</td><td>≥50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>≤90</td></tr>
</table></td><td>15</td><td>รง.506</td></tr>
</table>

เกณฑ์การประเมินผล

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
50	60	70	80	100

วิธีการประเมินผล : รายงานการดำเนินงานจากหน่วยบริการทุก 6 เดือน

เอกสารสนับสนุน : ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับชาติ/HDC/รายงานการดำเนินงานจากหน่วยบริการ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นางธาราทิพย์ เพียรปัญญาฤทธิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ : 090-839-3825
โทรสาร : 0 4249 2001 E-mail : thara_pat@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ ด้านการบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 35. ร้อยละการดำเนินงานตรวจคัดกรอง และผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับ การผ่าตัดภายใน 30 วัน
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

1.ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/400

2. ตรวจคัดกรอง หมายถึง การตรวจคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ประกอบด้วย การซักประวัติ การวัดระดับสายตา (Visual acuity : VA) ด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen's Chart) หรือวิธีอื่นๆ โดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) และการตรวจตาทั่วไป โดยบุคลากรสาธารณสุข หรือ อสม.

3. การผ่าตัด หมายถึง การผ่าตัดผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยโดยจักษุแพทย์ แล้วพบว่า เข้าเกณฑ์เป็นผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (ที่มาจากโปรแกรม Vision 2020 Thailand)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
1. การตรวจคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	ร้อยละ	81.56	84.47	63.05
2. การผ่าตัดผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ภายใน 30 วัน	ร้อยละ	97.32	99.17	100

เกณฑ์เป้าหมาย (อ้างอิงจากตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข)

1. ร้อยละการตรวจคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป โดยกำหนดให้ประเมินรอบที่ 1 (ไตรมาสที่ 2) ≥50 และประเมินรอบรอบที่ 2 (ไตรมาสที่ 4) ≥ ร้อยละ75

ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
75	75	75	75	75

2. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน โดยกำหนดให้ประเมินรอบที่ 1 (ไตรมาสที่ 2) ≥ร้อยละ 90 และ ประเมินรอบที่ 2 (ไตรมาสที่) 4 ≥ ร้อยละ 90

ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
90	90	90	90	90

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป และผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. การตรวจคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป บันทึกลงในโปรแกรม Vision 2020 thailand
2. การผ่าตัดต้อกระจก (Blinding Cataract) บันทึกลงในโปรแกรม Vision 2020 thailand โดยบันทึกข้อมูลก่อนและหลังการผ่าตัด
3. การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) จากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ (แหล่งข้อมูลจากโปรแกรม Vision 2020 Thailand)

1. ร้อยละการตรวจคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป = (A/B) x 100

   รายงานข้อมูล A = จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองสายตา

   รายงานข้อมูล B = จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งหมด

2. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน = (C/D) x 100

   รายงานข้อมูล C = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

   รายงานข้อมูล D = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย

ระยะเวลาการประเมินผล ไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4

เกณฑ์การประเมินผล

<u>กลุ่มที่ 1</u> จังหวัด อำเภอเมืองบึงกาฬ อำเภอเซกา อำเภอโซ่พิสัย (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) ในกรณีที่อำเภอใดไม่ได้มีผลการดำเนินงานผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ให้ใช้เกณฑ์การประเมินผลเช่นเดียวกับ กลุ่มที่ 2

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	น้ำหนัก	รอบ	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

<u>กลุ่มที่ 2</u> อำเภอปากคาด อำเภอบุ่งคล้า อำเภอศรีวิไล อำเภอพรเจริญ และอำเภอบึงโขงหลง (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	น้ำหนัก	รอบ	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

<u>หมายเหตุ</u> สูตรคำนวณระดับคะแนน = $\frac{\text{ระดับคะแนนที่ได้ x น้ำหนัก}}{\text{คะแนนเต็ม (5)}}$

วิธีการประเมินผล ประเมินผ่านโปรแกรม Vision 2020 Thailand

เอกสารสนับสนุน

1. คู่มือการดูแลโรคตาเบื้องต้น โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2. คู่มือการใช้งานโปรแกรม Vision 2020 Thailand

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นางจุฑาภรณ์ สุวรรณเลิศ
เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ104
โทรศัพท์มือถือ : 083-4593992
โทรสาร : 042-492001
E-mail : ncd.ssjbk@gmail.com
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (√) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัดหลัก : 36. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)
ค่าน้ำหนัก : 2
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม : ***ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ** ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

*การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู อย่างรอบด้าน ทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย 1 ปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ	90.36	91.9	85.74

เกณฑ์เป้าหมาย Retention Rate ระบบสมัครใจ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
60	60	60	60

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)

วิธีจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สูตรการคำนวณ = (A/B) x 100

รายการข้อมูล 1 ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู

รายการข้อมูล 2 ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone

ระยะเวลาการประเมินผล : ไตรมาส 2, 4

เกณฑ์การประเมิน : Retention Rate ระบบสมัครใจ เป้าหมาย ร้อยละ 60

รอบที่ 1

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤40	45	50	55	≥60

รอบที่ 2

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤60	**65**	**70**	**75**	**≥80**

วิธีการประเมินผล : รายงานการดำเนินงานจากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย (บสต.) ทุก 6 เดือน

เอกสารสนับสนุน : ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นางสุรีย์รัตน์ ยอดเทพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ : 095-228-8892
โทรสาร : 0 4249 2001 E-mail : ncd.ssjbk2565@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (√) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัดหลัก : 37. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia ได้รับการดูแลตามเกณฑ์
ค่าน้ำหนัก : 2
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม : Thalassemia เป็นโรคทางพันธุกรรมมีอาการซีดเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน คือการเจริญเติบโตที่ไม่สมอายุ การทำงานผิดปกติของต่อมไร้ท่อ รวมถึงสภาวะเหล็กเกินที่เกิดขึ้นจากตัวโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย และจากการรักษาด้วยการรับเลือด
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละผู้ป่วยที่ Thalassemia ได้รับเลือดมีHemogobin ≥9 g/dl.	ร้อยละ	NA	44	33.33
ร้อยละผู้ป่วยที่ Thalassemia ได้รับเลือดมีค่าferritin น้อยกว่า 2500	ร้อยละ	NA	71	97.40
ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia ที่ได้รับเลือด มีน้ำหนักตามเกณฑ์	ร้อยละ	NA	66	87.38
ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia ที่ได้รับเลือด มีส่วนสูงตามเกณฑ์	ร้อยละ	NA	82	90.09

เกณฑ์เป้าหมาย

รายการตัวชี้วัด	**ปีงบประมาณ 2566**
ร้อยละผู้ป่วยที่ Thalassemia ได้รับเลือดมี Hemogobin ≥9 g/dl.	≥50
ร้อยละผู้ป่วยที่ Thalassemia ได้รับเลือดมีค่าferritin น้อยกว่า 2500	≥80
ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia ที่ได้รับเลือด มีน้ำหนักตามเกณฑ์	≥80
ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia ที่ได้รับเลือด มีส่วนสูงตามเกณฑ์	≥80

ประชากรกลุ่มเป้าหมายตัวชี้วัดที่ 1 : จำนวนผู้ป่วยThalassemia หมายถึง จำนวนผู้ป่วยในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis) ว่ามีภาวะtransfusion dependent thalassemia; TDT

จำนวนผู้ป่วย Thalassemia ทั้งหมด หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายตามการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis;D56.1) transfusion dependent thalassemia; (TDT)และได้รับเลือดทุก2-3 สัปดาห์ทั้งหมด

ประชากรกลุ่มเป้าหมายตัวชี้วัดที่ 2 : จำนวนผู้ป่วยใน Thalassemia หมายถึง จำนวนผู้ป่วยในเด็ก (อายุ 0- 15 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis) ว่ามีภาวะtransfusion dependent thalassemia; TDT

จำนวนผู้ป่วยใน Thalassemia ทั้งหมด หมายถึง จำนวนผู้ป่วยในเด็ก (อายุ 0- 15 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis) ว่ามีภาวะtransfusion dependent thalassemia; TDT ที่จำหน่ายตามการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis; D56.0 ,D56.1) transfusion dependent thalassemia; (TDT)และได้รับเลือดทุก 2 - 4 สัปดาห์

ประชากรกลุ่มเป้าหมายตัวชี้วัดที่ 3,4 : จำนวนผู้ป่วยใน Thalassemia หมายถึง จำนวนผู้ป่วยในเด็ก (อายุ 0- 15 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis) ว่ามีภาวะtransfusion dependent thalassemia; TDT

จำนวนผู้ป่วยใน Thalassemia ทั้งหมด หมายถึง จำนวนผู้ป่วยในเด็ก (อายุ 0- 15 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis) ว่ามีภาวะtransfusion dependent thalassemia; TDT ที่จำหน่ายตามการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis; D56.0 ,D56.1) transfusion dependent thalassemia; (TDT)และได้รับเลือดทุก 2 - 4 สัปดาห์

วิธีจัดเก็บข้อมูล : แบบฟอร์มรายงาน Thalassemia จังหวัดบึงกาฬ

แหล่งข้อมูล : ข้อมูลจากแบบฟอร์มรายงาน Thalassemia จังหวัดบึงกาฬ

รายการข้อมูล 1(ตัวชี้วัดที่1) A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยในที่วินิจฉัยเป็นThalassemiaชนิด transfusion dependent thalassemia; TDT ที่ได้รับเลือดและมี ค่า Hemoglobin ≥9 g/dl. มากกว่าหรือเท่ากับ 50 เปอร์เซนต์ของการให้เลือดทั้งหมด

รายการข้อมูล 2 (ตัวชี้วัดที่1) B ผู้ป่วยในที่วินิจฉัยเป็น Thalassemia (TDT) ที่ได้รับเลือดทั้งหมด

รายการข้อมูล 1 (ตัวชี้วัดที่2) A = จำนวนผู้ป่วยใน Thalassemia(TDT) ที่ได้รับเลือด

(มีค่าferritin น้อยกว่า 2500) ใช้ผลการตรวจ Ferritin ครั้งล่าสุด

รายการข้อมูล 2 (ตัวชี้วัดที่2) B = ผู้ป่วย Thalassemia (TDT) ทั้งหมด ที่จำหน่ายตามการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis) ตลอดการรักษาตามช่วงเวลาที่กำหนด

รายการข้อมูล 1(ตัวชี้วัดที่3) A = จำนวนผู้ป่วย Thalassemia(TDT) ที่มีน้ำหนัก ผ่านเกณฑ์ (ตามเกณฑ์มาตรฐานเด็กไทย ในสมุดประจำตัวผู้ป่วย) โดยนับที่เส้น P3 ขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์

รายการข้อมูล 2 (ตัวชี้วัดที่3) B = ผู้ป่วย Thalassemia(TDT)ที่ได้รับเลือดทั้งหมด ที่ทำการรักษาตามช่วงเวลาที่กำหนด

รายการข้อมูล 1(ตัวชี้วัดที่4) A = จำนวนผู้ป่วย Thalassemia(TDT) ที่มี ส่วนสูง ผ่านเกณฑ์ (ตามเกณฑ์มาตรฐานเด็กไทย ในสมุดประจำตัวผู้ป่วย) โดยนับที่เส้น P3 ขึ้นไป ถือว่า ผ่านเกณฑ์ **รายการข้อมูล 2(ตัวชี้วัดที่4)** B = ผู้ป่วย Thalassemia(TDT)ที่ได้รับเลือดทั้งหมด ที่ทำการรักษาตามช่วงเวลาที่กำหนด

สูตรการคำนวณ = (A/B) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล : ไตรมาส 2, 4

เกณฑ์การประเมินผล : ระดับจังหวัด/อำเภอ ≥ 70 คะแนน

1.ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีHemogobin ≥9 g/dl.
เกณฑ์ ≥ร้อยละ 50

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
≥ 30	35	40	45	≥50

2.ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีค่าferritin น้อยกว่า 2500
เกณฑ์ ≥ร้อยละ 80

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
≥ 55	60	65	75	≥80

3.ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 80

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
≥ 55	60	65	75	≥80

4.ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มี ส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 80

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
≥ 55	60	65	75	≥80

วิธีการประเมินผล : เก็บข้อมูลจากหน่วยบริการด้วยแบบฟอร์มรายงาน Thalassemia จังหวัดบึงกาฬ ทุก 6 เดือน

เอกสารสนับสนุน : ข้อมูลตามแบบฟอร์มรายงาน Thalassemia จังหวัดบึงกาฬ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นางธาราทิพย์ เพียรปัญญาฤทธิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ : 090-839-3825
โทรสาร : 0 4249 2001 E-mail : thara_pat@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 3

Excellent

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 38. ระดับความสำเร็จของอำเภอที่ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพองค์กรด้วยกิจกรรม 5ส
ค่าน้ำหนัก 3
หน่วยการวัด
คำนิยาม

1. หน่วยงาน หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. การพัฒนาคุณภาพองค์กรด้วยกิจกรรม 5ส หมายถึง การจัดการหรือปรับปรุงสถานที่ทำงานหรือสภาพการทำงานให้เกิดความสะดวก ความเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด หรือเอื้ออำนวยให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน ความปลอดภัยและคุณภาพของงาน ประกอบด้วย

สะสาง หมายถึง การจัดแยกระหว่างสิ่งที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานกับสิ่งของที่ไม่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานออกจากกันอย่างชัดเจน

สะดวก หมายถึง การจัดเก็บ วาง แยกประเภทสิ่งของที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานให้สะดวกเก็บสะดวกใช้

สะอาด หมายถึง การทำความสะอาด ปัดกวาด เช็ด ถู ดูแลให้สะอาด พร้อมใช้งาน

สุขลักษณะ หมายถึง การรักษาและปรับปรุงการปฏิบัติ 3ส แรก โดยกำหนดเป็นมาตรฐานและปฏิบัติให้ดีขึ้นและรักษาให้ดีตลอดไป

สร้างนิสัย หมายถึง มีความสามารถที่จะปฏิบัติงานในวิธีการต่างๆ ที่สนับสนุนเพื่อสร้างให้สภาพภายในสถานที่ทำงานเกิดอุปนิสัยที่ดี และมีระเบียบวินัย

3. การรับรองมาตรฐาน 5ส หมายถึง การรับรองจากหน่วยงานหรือสถาบันภายนอก การรับรองจากคณะกรรมการระดับจังหวัด คณะกรรมการระดับอำเภอ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ปี พ.ศ. 2565
อำเภอผ่านได้รับการประเมินมาตรฐาน 5ส โดยคณะกรรมการระดับอำเภอและผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ	75 (6อำเภอ)
อำเภอได้รับการประเมินมาตฐาน 5 ส โดยคณะกรรมการ/หน่วยงานภายนอกและผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ	25 (2อำเภอ)

เกณฑ์เป้าหมาย อำเภอ ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 100 %
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
วิธีจัดเก็บข้อมูล 1. อำเภอขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ปีละ 2 รอบ
แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน 5ส
2.รายงานข้อมูล B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดภายในอำเภอ
3. รายการข้อมูล C = ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน 5ส

สูตรการคำนวณ C = A/B X 100

ระยะเวลาการประเมินผล ปีละ 2 ตามรอบประเมิน CUP

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับ 1	- แต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน คณะกรรมการอื่นๆ ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพองค์กรด้วยกิจกรรม 5ส ระดับอำเภอ/ระดับหน่วยงาน - มีแผนงาน โครงการ หรือแนวทางในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพองค์กรด้วยกิจกรรม 5ส ระดับอำเภอ/ระดับหน่วยงาน
ระดับ 2	- สื่อสารสร้างความเข้าใจการทำกิจกรรม 5 ส ให้ทุกคนในหน่วยงานทราบ - มีการกำหนดมาตรฐาน มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และรายงานผลความคืบหน้าของกิจกรรม 5 ส ทุกเดือน - หน่วยงานประเมินตนเองตามมาตรฐาน 5 ส ร้อยละ 100
ระดับ 3	- หน่วยงาน ได้รับการประเมินมาตรฐาน 5ส โดยคณะกรรมการระดับอำเภอ และผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 50
ระดับ 4	- หน่วยงาน ได้รับการประเมินมาตรฐาน 5ส โดยคณะกรรมการระดับอำเภอ และผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 80
ระดับ 5	- หน่วยงาน ได้รับการประเมินมาตรฐาน 5ส โดยคณะกรรมการระดับอำเภอ และผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 100 - มีหน่วยงานต้นแบบที่ได้รับการประเมิน 5 ส ระดับจังหวัด หรือ หน่วยงานภายนอก อย่างน้อย 1 หน่วยงาน

ประเมินรอบที่ 1

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

ประเมินรอบที่ 2

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับความสำเร็จ	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5

วิธีการประเมินผล 1. อำเภอรายงานผลมายัง สสจ.ผ่านผลการดำเนินงานตัวชี้วัด

เอกสารสนับสนุน เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน 5 ส

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ชื่อ – สกุล นางสาวน้ำฝน มีนิล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ : 085-5892153 โทรสาร : 0 4249 2001
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

ยุทธศาสตร์ที่ 4

Excellent

ยุทธศาสตร์ที่ 4.การบริหารจัดการ (BK Governance)
ประเภทตัวชี้วัด **งานประจำ**
ลักษณะตัวชี้วัด **( ) เชิงปริมาณ** **( ) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 39. ระดับคะแนนความสำเร็จของสำนักสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการเกณฑ์ PMQA ที่กำหนด
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด
คำนิยาม
การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์การ หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 บุคลากร หมวด 6 การปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการในปี 2566 - 2670 ดังนี้

1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี
2. ให้ส่วนราชการดำเนินการตามลำดับในหมวดที่โดดเด่น แต่ละปี ดังนี้

พ.ศ.	หมวดที่โดดเด่น	
2566	2 หมวด	บังคับหมวด 2 ส่วนราชการเลือกหมวดที่พร้อมอีก 1 หมวด
2567	1 หมวด	ส่วนราชการเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อม ปีละ 1 หมวด (ในหมวด 1,3,4,5,6)
2568	1 หมวด	
2569	1 หมวด	
2570	1 หมวด	

3. ดำเนินการประเมินองค์การด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI)
4. กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 จำนวน 6 หัวข้อ ครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดในแต่ละหัวข้อเป็น 2 ตัวชี้วัด รวม 36 ตัวชี้วัด
5. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด
6. จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ

ทั้งนี้ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ได้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์การ โดยสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระดับพื้นฐาน (Certified FL) ครบทุกหน่วยงานแล้ว และจะสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาสู่ความโดดเด่นรายหมวด ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 โดยมีขั้นตอนการพัฒนาไปสู่กระบวนการที่สมบูรณ์ประกอบด้วย

1) การตั้งรับปัญหา (0-25%) การปฏิบัติการต่างๆ ที่มีลักษณะเป็นกิจกรรมมากกว่าเป็นกระบวนการ และส่วนสำคัญจะตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ขาดการกำหนดเป้าประสงค์ที่ดี
2) แนวทางที่เริ่มเป็นระบบ (30-45%) ส่วนราชการเพิ่งเริ่มต้นการปฏิบัติการต่างๆ ด้วยการใช้กระบวนการที่สามารถทำซ้ำได้ มีการประเมินผล มีการปรับปรุง และเริ่มมีการประสานงานบ้างระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในส่วนราชการ มีการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์เชิงปริมาณ
3) แนวทางสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน (50-65%) การปฏิบัติการมีลักษณะเป็นกระบวนการที่สามารถทำซ้ำได้ และมีการประเมินอย่างสม่ำเสมอเพื่อการปรับปรุง โดยมีการแบ่งปันการเรียนรู้และมีการปะสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ภายในส่วนราชการ กระบวนการตอบสนองยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์สำคัญของส่วนราชการ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กำหนดเป็นเกณฑ์การประเมินดังกล่าว และจะมีผู้ตรวจประเมิน ดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ให้ส่วนราชการ เพื่อแสดงผลการรับรองการดำเนินงาน (Certificate) ตามผลการดำเนินงานของหมวดที่ดำเนินการในแต่ละปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ระดับคะแนนความสำเร็จของสำนักสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการตามเกณฑ์ PMQA ที่กำหนด	ระดับคะแนนความสำเร็จ	5	5	5

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย สำนักสาธารณสุขอำเภอ 8 แห่ง (ผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จระดับ 5)

วิธีจัดเก็บข้อมูล

-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/2566/frontend/web/
- รายงานผลการประเมินจากทีม Internal Audit /ที่ปรึกษาภายนอก (Auditor)

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ระยะเวลาการประเมินผล รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน

เกณฑ์เป้าหมาย

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. สสอ.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 1) ส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566 2. สสอ.ประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566 3. สสอ. นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับและทำแผนพัฒนาองค์การหมวดละ 1 แผน (แบบฟอร์ม3) จัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566 4.สสอ.กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัด รวม 36 ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม 4) และจัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566	1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม 4) รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 4 เมษายน 2566 2. ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 6 เดือน โดยทีมตรวจประเมินฯ 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ติดตามผลการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 4 เมษายน 2566	1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม 4) รอบ 9 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2566 2. ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 9 เดือน โดยทีมตรวจประเมินฯ	1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม4) รอบ 12 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 26 กันยายน 2566 2. ทีมตรวจประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ตรวจผ่านระบบและลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินฯ รับรองผลการดำเนินงาน PMQA 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ติดตามผลการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 26 กันยายน 2566

เกณฑ์การประเมินผล/วิธีการประเมินผล

กำหนดเป็น แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากคะแนนความสำเร็จที่ดำเนินการตามเกณฑ์ PMQA ดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>ขั้นตอนการดำเนินงาน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ (แบบฟอร์ม 1) ได้ครบถ้วน ส่งภายในระยะเวลากำหนด วันที่ 10 มกราคม 2566
<table>
<tr><td colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr>
<tr><td>0.20 คะแนน</td><td>0.40 คะแนน</td><td>0.60 คะแนน</td><td>0.80 คะแนน</td><td>1 คะแนน</td></tr>
<tr><td>5 คำถาม</td><td>7 คำถาม</td><td>9 คำถาม</td><td>11 คำถาม</td><td>13 คำถาม</td></tr>
</table>
เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (interval)</td></tr>
<tr><td>2</td><td>▪ ประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566
<table>
<tr><td rowspan="2">โอกาสในการปรับปรุง (OFI)</td><td colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr>
<tr><td>0.25 คะแนน</td><td>0.50 คะแนน</td></tr>
<tr><td>หมวด 1-6</td><td>ไม่ครบ 6 หมวด</td><td>ครบ 6 หมวด</td></tr>
</table>
▪ นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับและทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ 1 แผน (แบบฟอร์ม3) จัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566
<table>
<tr><td rowspan="2">แผนพัฒนาองค์การ</td><td colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr>
<tr><td>0.25 คะแนน</td><td>0.50 คะแนน</td></tr>
<tr><td>หมวด 1-6</td><td>ไม่ครบ 6 หมวด</td><td>ครบ 6 หมวด</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>3</td><td>▪ กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการจัดส่งภายใน 10 มกราคม 2566
<table>
<tr><td rowspan="2">หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ</td><td colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr>
<tr><td>0.25 คะแนน</td><td>0.50 คะแนน</td></tr>
<tr><td>ตัวชี้วัด 7.1 – 7.6 (18 ข้อ) โดยเพิ่มเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัด</td><td>ไม่ครบ (18 ข้อ)</td><td>ครบ (18 ข้อ, 36 ข้อ)</td></tr>
</table>
▪ รายงานผลลัพธ์การดำเนินงาน (แบบฟอร์ม 4) ตามหัวข้อ 7.1-7.6 รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ส่งภายในวันที่ 4 เมษายน 2566 และประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 โดยทีมตรวจประเมินฯ
<table>
<tr><th>ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>10-20%</td><td>0.10</td></tr>
<tr><td>21-30%</td><td>0.20</td></tr>
<tr><td>31-40%</td><td>0.30</td></tr>
<tr><td>41-50%</td><td>0.40</td></tr>
<tr><td>มากกว่า 50%</td><td>0.50</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>4</td><td>

- รายงานผลลัพธ์การดำเนินงาน (แบบฟอร์ม 4) ตามหัวข้อ 7.1 – 7.6 ผ่านระบบออนไลน์ 9 เดือน ภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2566 และ 12 เดือน ส่งภายในวันที่ 26 กันยายน 2566

<table>
<tr><th rowspan="2">การดำเนินการ</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><th>0.25 คะแนน</th><th>0.50 คะแนน</th></tr>
<tr><td>รายงานผลลัพธ์การดำเนินงาน (แบบฟอร์ม 4) ตามหัวข้อ 7.1 – 7.6</td><td>ไม่ครบ</td><td>ครบ</td></tr>
</table>

- จัดทำแผนปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) จำนวน 5 หน้า (แบบฟอร์ม 5.1) ดังนี้
  1) แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ
  2) ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น
  3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
  4) สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป

ผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2566 (รายงานในรอบ 9 เดือน)

<table>
<tr><th rowspan="2">Best Practices</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><th>0.25 คะแนน</th><th>0.50 คะแนน</th></tr>
<tr><td>1) แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ
2) ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น
3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
4) สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป</td><td>ไม่ครบ
(4 หัวข้อ)</td><td>ครบ
(4 หัวข้อ)</td></tr>
</table>

</td></tr>
<tr><td>5</td><td>

ทีมตรวจประเมินฯ ตรวจประเมินจากระบบและลงพื้นที่ตรวจประเมินผลการดำเนินงานเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562

<table>
<tr><th>ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>10-20%</td><td>0.20</td></tr>
<tr><td>21-30%</td><td>0.40</td></tr>
<tr><td>31-40%</td><td>0.60</td></tr>
<tr><td>41-50%</td><td>0.80</td></tr>
<tr><td>มากกว่า 50%</td><td>1.00</td></tr>
</table>

</td></tr>
</table>

เกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์ PMQA ดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

<u>รอบที่ 1</u> (ประเมินในระดับ 3 จากกำหนดระยะเวลากำหนดส่งเอกสาร รอบ 6 เดือน)

ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5
1 คะแนน	1.5 คะแนน	2 คะแนน	2.5 คะแนน	3 คะแนน

<u>รอบที่ 2</u> (ประเมินในระดับ 3 จากกำหนดระยะเวลากำหนดส่งเอกสาร รอบ 12 เดือน)

ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน

เอกสารสนับสนุน เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ – สกุล นายประเสริฐ บินตะคุ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ 109 โทรศัพท์มือถือ : 086-2258231

โทรสาร : 042-492001 E-mail : epi.pkph@gmail.com

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 4. พัฒนาการบริหารจัดการ (BKPH Governance Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 40. ระดับความสำเร็จ คปสอ. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน 5 ขั้นตอน
ค่าน้ำหนัก 2.5
หน่วยการวัด ขั้นตอน
คำนิยาม การตรวจสอบภายใน หมายถึง กิจกรรมการให้ความเชื่อมั่นและการให้คำปรึกษาอย่างเที่ยงธรรมและเป็นอิสระ ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานของส่วนราชการให้ดีขึ้น การตรวจสอบภายในจะช่วยให้ส่วนราชการบรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ด้วยการประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุมและกำกับดูแลอย่างเป็นระบบ ความสำเร็จของการตรวจสอบภายในภาคราชการ พิจารณาจากความสามารถของหน่วยงานตรวจสอบภายในในการปฏิบัติตามระเบียบ มาตรฐานและแนวปฏิบัติการตรวจสอบภายในภาคราชการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
การตรวจสอบภายใน	แห่ง	3/8	4/8	8/8

เกณฑ์เป้าหมาย

คปสอ. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน 5 ขั้นตอน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

คปสอ. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 8 แห่ง (อำเภอเมืองบึงกาฬ/อำเภอเซกา/อำเภอโซ่พิสัย/อำเภอปากคาด/อำเภอพรเจริญ/อำเภอบึงโขงหลง/อำเภอศรีวิไล/อำเภอบุ่งคล้า)

วิธีจัดเก็บข้อมูล

ดำเนินการนิเทศงานและการตรวจสอบตามแผนปฏิบัติงานของตรวจสอบภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ปีละ 2 ครั้ง

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

ลงพื้นที่นิเทศงานและตรวจสอบภายใน กลุ่มเป้าหมาย ตามแผนปฏิบัติงานของตรวจสอบภายในตามแบบการประเมินตรวจสอบภายใน

1. รายงานข้อมูล A = คป.สอ. 8 แห่ง
2. รายงานข้อมูล B = คป.สอ. 8 แห่ง

<u>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</u> = คป.สอ. 8 แห่ง ผ่านเกณฑ์ประเมิน 5 ขั้นตอน ได้ 5 คะแนน

ระยะเวลาการประเมินผล ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566)

1. ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน)
2. ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมินผล

<u>เกณฑ์ประเมินตามขั้นตอน</u>

ขั้นตอนที่ 1 มีคำสั่งคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับ คป.สอ.
มีคำสั่งคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับ หน่วยงาน (รพช./สสอ.)

ขั้นตอนที่ 2 มีการจัดทำแผนการตรวจสอบภายในระดับ คป.สอ. ปีละ 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินและจัดทำแบบประเมินตนเองตามแบบสอบทานระบบการควบคุมภายในและประเมินผลการควบคุมแนวทางการประเมินตนเองของหน่วยงานตรวจสอบภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ทุก รพ.สต.ใน สังกัด

ขั้นตอนที่ 4 ออกตรวจสอบภายในและจัดทำรายงานผลการประเมินผลการตรวจสอบภายใน แนวทางการแก้ไขข้อเสนอแนะ เสนอหัวหน้าส่วนราชการพิจารณาสั่งการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปฏิบัติปีละ 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 5 รายงานผลการตรวจสอบภายในและประเมินผลโดยวิเคราะห์ถึงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการดำเนินงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะให้งานตรวจสอบภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ปีละ 2 ครั้ง ภายใน 15 วันนับจากวันที่สิ้นสุดการตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบภายใน

<u>เกณฑ์การให้คะแนน</u>

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1-2 และ ขั้นตอนที่ 3 ประเมินและจัดทำแบบประเมินตนเองตามแบบสอบทานระบบการควบคุมภายในและประเมินผลการควบคุม แนวทางการประเมินตนเองของหน่วยงานตรวจสอบภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ทุก รพ.สต.ในสังกัด
3	ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1-3 และ ขั้นตอนที่ 4 คณะกรรมการตรวจสอบภายใน ระดับ คป.สอ. ดำเนินการออกตรวจสอบภายใน ตามแผนการตรวจสอบภายใน ข้อ 2 และติดตามการประเมินตนเองตามแบบประเมินตนเองของ รพ.สต.ในสังกัด ข้อ 3 และจัดทำรายงานผลการประเมินผลการตรวจสอบภายใน แนวทางการแก้ไขข้อเสนอแนะ เสนอหัวหน้าส่วนราชการพิจารณาสั่งการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติ ปีละ 2 ครั้ง
5	ดำเนินการตามขั้นที่ 1-4 และ ขั้นตอนที่ 5 คป.สอ. รายงานผลการตรวจสอบภายในและประเมินผลโดยวิเคราะห์ถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะให้งานตรวจสอบภายใน ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ปีละ 2 ครั้ง ภายใน 15 วันนับจากวันที่สิ้นสุดการตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบภายใน

วิธีการประเมินผล

ระดับความสำเร็จ คปสอ.ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน 5 ขั้นตอน ดังนี้

คะแนน	1	3	5
ระดับความสำเร็จ	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5

เอกสารสนับสนุน

หนังสือแนวทาง : มาตรฐานการตรวจสอบภายในและจริยธรรมการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในของส่วนราชการ ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการตรวจสอบภายในของส่วนราชการ พ.ศ. 2551 และหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นางสาววิลาวัลย์ ธรรมรักษ์ เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2045-6 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 089 004 09872
โทรสาร : 0 4249 2001 E – mail : wilawan_jjim@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 4. พัฒนาการบริหารจัดการ (BKPH Governance Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 41.ร้อยละของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน
ค่าน้ำหนัก 2.5
หน่วยการวัด ร้อยละ

คำนิยาม **หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด** หมายความว่า โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในสังกัด

การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน หมายความว่า การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐที่กระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ	-	-	81.19

เกณฑ์เป้าหมาย

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
	80		90

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ดังนี้

1. โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง
2. โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 8 แห่ง

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. ข้อมูลการรายงานผลการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายในกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง ผู้ตรวจสอบภายในส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และการส่งรายงานการควบคุมภายในของหน่วยงาน (สสอ.)

2. เอกสารหลักฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น หลักฐานแสดงการสื่อสารระหว่างผู้ตรวจสอบภายในและหน่วยรับตรวจ เอกสารประกอบการตรวจสอบ กระดาษทำการตรวจสอบ รายงานผลการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

รายการข้อมูล 1 (ตัวตั้ง) : A = จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

รายการข้อมูล 2 (ตัวหาร) : B = จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการประเมินและจัดส่งรายงานผลการประเมินให้กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง ภายในระยะเวลาที่กำหนด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด = (A / B) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล

ไตรมาส 2 - 4 ตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด

เกณฑ์การประเมินผล

ลำดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
1	มีการดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ครบทุกหน่วยงานในสังกัดส่วนราชการ กระทรวงสาธารณสุข โดยปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ ที่กระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุขกำหนด	เท่ากับ 1 คะแนน
2	มีรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ได้แก่ 1. หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในระดับหน่วยงานของรัฐ (ปค. 1) 2. รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปค. 4) ทุกระดับ 3. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปค. 5) ทุกระดับ 4. รายงานการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน (ปค. 6)	เท่ากับ 1 คะแนน
3	มีการจัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงานทุกระดับให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลา	เท่ากับ 1 คะแนน
4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่ได้ดำเนินการไปสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วนถูกต้อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด รวมทั้งประเด็นข้อผิดพลาดจากการดำเนินงาน หรือ ข้อตรวจพบของผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบลดลงทุกปี	เท่ากับ 1 คะแนน
5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการปรับปรุงพัฒนาระบบ การควบคุมภายในของหน่วยงานให้ครอบคลุมครบถ้วนและเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	เท่ากับ 1 คะแนน

หมายเหตุ : ค่าคะแนนแต่ละระดับ = คิดเป็นร้อยละ 20

วิธีการประเมินผล

หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ดำเนินการตามระบบควบคุมภายในตามเกณฑ์การประเมินตั้งแต่ลำดับที่ 1 – 5

เอกสารสนับสนุน

1. เอกสารหลักฐานประกอบการประเมินเป็นไปตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลัง และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2. กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 62 วรรคสาม

2.2 พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 หมวด 4 มาตรา 79

2.3 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561

2.4 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ - สกุล นายถาวร ชมมี ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 492046 ต่อ 121 โทรศัพท์มือถือ : 0817696416

โทรสาร : E-mail : thawon_55@hotmail.com

ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง .....

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042 492046 ต่อ 121 โทรศัพท์มือถือ : .....

โทรสาร : ..... E-mail : .....

สถานที่ทำงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellence (ยุทธศาสตร์พัฒนาการบริหารจัดการ)
ประเภทตัวชี้วัด ประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 42 ร้อยละผลงาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์
ค่าน้ำหนัก 1.5
หน่วยการวัด
คำนิยาม

วิจัย (Research)/ หมายถึง องค์ความรู้ทางการพยาบาล/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา กระบวนการศึกษาหาความรู้ ทั้งในเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ หรือเป็นการวิจัย เชิงผสมผสาน โดยที่ผลของการวิจัยนั้น สามารถนำไปพัฒนางานสาธารณสุขหรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในอนาคต

R2R (Routine to Research) หมายถึง การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ซึ่งต้องมาจากปัญหาหน้างานมาจากงานประจำที่ทำกันอยู่และต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น และสามารถนำไปปรับปรุงการทำงานและการบริการให้ดีขึ้นในบริบทของแต่ละองค์กร/หน่วยงาน

นวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพ (Innovative Healthcare Management) หมายถึง นวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพใหม่ แก่ประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้น

นวัตกรรม (Innovative) หมายถึง สิ่งที่ทำขึ้นใหม่ หรือแตกต่างจากเดิม ซึ่งอาจเป็นความคิด วิธีการ หรืออุปกรณ์ เป็นต้น ที่มีคุณค่า และมีประโยชน์ต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน (ความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542

หน่วยงาน หมายถึง รพ.และ ศสม. /สสอ./รพ.สต. (ภาพรวมของ CUP) มีการจัดการองค์ความรู้ของผลงาน วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ นำไปถ่ายทอด/เผยแพร่ทางสื่อต่างๆ เพื่อให้เกิดการประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนางานด้านสุขภาพในหน่วยงานตนเอง

การนำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง องค์ความรู้ทางการพยาบาล/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา **(1)** ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่างๆรวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการต่างๆ ทั้งในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับกระทรวง ระดับประเทศและต่างประเทศ ได้แก่ การตีพิมพ์ลงวารสารวิชาการ/การเผยแพร่ผลงานผ่านเว็บไซต์วิชาการ/ การลงเอกสารเผยแพร่งานวิชาการสาธารณสุขทุกระดับ เข้าร่วมนำเสนอเวทีวิชาการทุกระดับ
และ (2) ที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริง เช่น การกำหนดลงในแผนงาน/โครงการ การอ้างอิงผลงานวิจัยในสิ่งตีพิมพ์หรือสื่อต่างๆ หนังสืออ้างอิงทางราชการ การพัฒนาเป็นคู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์ ผลการประเมินและรูปภาพประกอบการนำไปใช้ประโยชน์ เป็นต้น

เสร็จสมบูรณ์หรือสิ้นสุดการวิจัย หมายถึง กระบวนการศึกษาหาความรู้/การวิจัย/พัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่เสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย/พัฒนาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเรื่องนั้นๆ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละผลงาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์	ร้อยละ	44.83	81.94	85.19

เกณฑ์เป้าหมาย 5 คะแนน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ (รพท./รพช./สสอ./รพ.สต.)

วิธีจัดเก็บข้อมูล จากการประเมิน และแหล่งเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A = ร้อยละผลงาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ปี 2564 – 2566 ที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์ ในปีงบประมาณ 2564-2566 (3 คะแนน)

2.รายงานข้อมูล B = สัดส่วนของผลงาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564-2566 ที่เสร็จสมบูรณ์หรือสิ้นสุดการวิจัยต่อจำนวนหน่วยงานทั้งหมด (2 คะแนน)

ทั้งนี้

a = จำนวนผลงาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ปี 2564 - 2566 ที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์ ในปีงบประมาณ 2564-2566

b = จำนวนผลงาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564-2566 ที่เสร็จสมบูรณ์หรือสิ้นสุดการวิจัย

c = จำนวนหน่วยงานทั้งหมด

ระยะเวลาการประเมินผล

การประเมิน รอบที่ 1 (ตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566)

การประเมิน รอบที่ 2 (มีนาคม 2566 – กันยายน 2566)

สรุปผลคะแนน ไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายน 2566)

เกณฑ์การประเมิน

A = (a/b) x 100 (3 คะแนน)

โดยที่

ระดับคะแนน	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
ร้อยละ	10	20	30	40	50

B = (b/c) x 100 (2 คะแนน)

โดยที่

ระดับคะแนน	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
ร้อยละ	30	40	50	60	70

สรุปวิธีการรวมคะแนน (5 คะแนน)

A + B = ค่าคะแนนผลงานวิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์

วิธีการประเมินผล

การนับจำนวนผลงานวิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่นำไปใช้ประโยชน์ จะนับจากผลงานของปี 2564 - ปี 2566 กรณีที่งานวิจัย/R2R มีการนำไปใช้ประโยชน์มากกว่า 1 ครั้ง ให้นับการใช้ประโยชน์ได้เพียงครั้งเดียว

การนำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง องค์ความรู้ทางการพยาบาล/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา

(1) ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่างๆรวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการต่างๆ ทั้งในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับกระทรวง ระดับประเทศและต่างประเทศ ได้แก่ การตีพิมพ์ลงวารสารวิชาการ/การเผยแพร่ผลงานผ่านเว็บไซต์วิชาการ/ การลงเอกสารเผยแพร่งานวิชาการสาธารณสุขทุกระดับ เข้าร่วมนำเสนอเวทีวิชาการทุกระดับ

(2) ที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริง เช่น การกำหนดลงในแผนงาน/โครงการ การอ้างอิงผลงานวิจัยในสิ่งตีพิมพ์หรือสื่อต่างๆ หนังสืออ้างอิงทางราชการ การพัฒนาเป็นคู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์ ผลการประเมินและรูปภาพประกอบการนำไปใช้ประโยชน์ เป็นต้น

เอกสารสนับสนุน

1. ผลงานวิชาการที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมนำเสนอในงานประชุมวิชาการสาธารณสุขจังหวัดประจำปี และวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี
2. ผลงานที่เป็นต้นฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการพิจารณาว่าเหมาะสมจากบรรณาธิการ ซึ่งพร้อมที่จะเผยแพ
3. หนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์
4. เว็บไซต์ http://www.thailand.digitaljournals.org ในกรณีที่ผลงานวิจัย/R2R ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขแล้ว
5. เว็ปไซต์ http://www.bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/ ในกรณีที่ผลงานวิจัย/R2R ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขแล้ว

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
นายประเสริฐ บินตะคุ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
น.ส.นฤมล นนยะโส นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
โทร. 042-492046 ต่อ 109 E-mail : namonnon@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาการบริหารจัดการ (Governance Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 43. ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม **วัสดุยา หมายถึง** ยา และวัสดุอื่นๆ ที่ใช้ในทางเภสัชกรรม และให้หมายความยาที่ใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย
การดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา หมายถึง การดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการดำเนินการที่เป็นระบบ โปร่งใส ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม มีการควบคุมกำกับและรายงานตามลำดับชั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา	ระดับ	N/A	N/A	N/A

เกณฑ์เป้าหมาย

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
-	-	-	ร้อยละ 95

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
วิธีจัดเก็บข้อมูล นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1. รายงานข้อมูล A คะแนนที่รวมได้
2. รายงานข้อมูล B คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมด

สูตรการคำนวณ (A/B) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล

การประเมินรอบที่ 1 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 กิจกรรมที่ 1 - 11
การประเมินรอบที่ 2 1 เมษายน 2566 – 30 กันยายน 2566 กิจกรรมที่ 1 - 11

เกณฑ์การประเมินผล

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 75	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 80	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 85	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 90	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 95

วิธีการประเมินผล

กิจกรรม	แหล่งข้อมูล	คะแนน
1. มีผู้รับผิดชอบวัสดุยา ใน PTC ที่เป็นปัจจุบันและมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ 2 คะแนน - รายงานการประชุมคณะกรรมการ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง 3 คะแนน	5
2. มีผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังวัสดุยา	คำสั่งแต่งตั้งรายชื่อผู้รับชอบงานบริหารคลังวัสดุยา ปีงบประมาณ 2566	5
3. มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุยา เข้า-ออก	เกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุยา เข้า/ออกบัญชีโรงพยาบาล	5
4. มีการจัดทำแผนจัดซื้อวัสดุยา ปีงบประมาณ 2566	แผนจัดซื้อวัสดุยา ปีงบประมาณ 2566	5
5. มีการจัดทำบัญชีรายการวัสดุยา ของโรงพยาบาลประจำปี 2566	บัญชีรายการวัสดุยา ของโรงพยาบาลประจำปี 2566	5
6. มีระบบการกำกับ/ควบคุม/ติดตาม/ตรวจสอบ การดำเนินงานของคลังวัสดุยา	- มีการจัดซื้อตามแผนและตรวจรับ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. 2564 2 คะแนน - การจัดเก็บ มีการลงทะเบียนรับเข้าคลัง (stock card) <u>ทุกรายการและตามแบบฟอร์มระเบียบฯ พ.ศ. 2564</u> 3 คะแนน - คลังมีสภาพแข็งแรง มั่นคง ปลอดภัย 1 คะแนน - มีการควบคุมอุณหภูมิ แสง ความชื้น ตามมาตรฐาน 2 คะแนน - จัดให้มีการหมุนเวียนใช้ ตาม First In - First Out (FIFO) 2 คะแนน	10
7. มีแนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาฯ พ.ศ. 2564	แนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาฯพ.ศ.2564 <u>เป็นลายลักษณ์อักษร</u>	5
8. มีการรายงานการบริหารเวชภัณฑ์รายไตรมาส (DMSIC) หรือรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ไปที่ส่วนกลางและเขตสุขภาพที่ 8 ครบถ้วนและตรงเวลา	<u>http://dmsic.moph.go.th</u> ตรงเวลาและครบถ้วน โดยให้รายงานภายใน 30 วันหลังจากครบกำหนด/ข้อมูลการรายงานจากส่วนกลางและเขตสุขภาพที่ 8 (สบรส. R8way) <u>ตรงเวลาและครบถ้วน</u>	20

กิจกรรม	แหล่งข้อมูล	คะแนน
9. การกำกับติดตามให้เป็นไปตามแนวทางการจัดซื้อตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. 2564	- มีการลงทะเบียนเบิก - จ่าย ที่ถูกต้อง มีแบบฟอร์มการเบิกจ่ายวัสดุยา ตามระเบียบชัดเจน และสามารถสอบทานกันได้ 5 คะแนน - สุ่ม รบ.๓๐๑ Stock Card และตรวจนับยาในคลัง ๑๐ รายการวัสดุยา <u>ถูกต้องและครบ</u> 20 คะแนน - ไม่พบวัสดุยาหมดอายุ 20 คะแนน	45
10. การกำกับ ติดตาม และนิเทศคลังวัสดุยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- มีคำสั่งแต่งตั้งและแผนการปฏิบัติการ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง 5 คะแนน - สรุปผลการนิเทศคลังวัสดุยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ 2566 10 คะแนน - มีกรอบบัญชีรายการวัสดุยา รพ.สต.ประจำปีงบประมาณ 2566 5 คะแนน	15
11. มีการจัดซื้อวัสดุยาร่วมระดับเขต/จังหวัด	รายงานผลการจัดซื้อวัสดุยาร่วมระดับเขต โดยต้องมีการจัดซื้อวัสดุยาในบัญชีโรงพยาบาลทุกรายการที่อยู่ในรายการจัดซื้อวัสดุยาร่วมระดับเขต	10

เอกสารสนับสนุน -

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

1. นายตวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ Mobile ๐๘๖-๘๕๐๘๓๖๖
2. นางสาวฉัตรวิภา มาศศรี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ Mobile 084-3054999
3. นางสาวจารวีกร เสริมรัมย์ ตำแหน่ง เภสัชกร Mobile 088-9495651

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาการบริหารจัดการ (Governance Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 44. ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม วัสดุทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง วัสดุที่ใช้ในทางการแพทย์ ณ ห้องปฏิบัติการ และให้หมายความวัสดุที่ใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย

การดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง การดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการดำเนินการที่เป็นระบบโปร่งใส ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมมีการควบคุมกำกับและรายงานตามลำดับชั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ	ระดับ	98.25	95.625	100

เกณฑ์เป้าหมาย

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
-	-	-	ร้อยละ 100

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
วิธีจัดเก็บข้อมูล นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1. รายงานข้อมูล A คะแนนที่รวมได้
2. รายงานข้อมูล B คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมด

สูตรการคำนวณ (A/B) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล

การประเมินรอบที่ 1 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 กิจกรรมที่ 1 - 11
การประเมินรอบที่ 2 1 เมษายน 2566 – 30 กันยายน 2566 กิจกรรมที่ 1 - 11

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับคะแนน 1	ระดับคะแนน 2	ระดับคะแนน 3	ระดับคะแนน 4	ระดับคะแนน 5
ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 80	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 85	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 90	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 95	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล

กิจกรรม	แหล่งข้อมูล	คะแนน
12. มีผู้รับผิดชอบวัสดุทางห้องปฏิบัติการใน PTC ที่เป็นปัจจุบันและมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ 2 คะแนน - รายงานการประชุมคณะกรรมการ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง 3 คะแนน	5
13. มีผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังวัสดุทางห้องปฏิบัติการ	คำสั่งแต่งตั้งรายชื่อผู้รับชอบงานบริหารคลังวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2566	5
14. มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุทางห้องปฏิบัติการ เข้า-ออก	เกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุทางห้องปฏิบัติการ เข้า/ออกบัญชีโรงพยาบาล	5
15. มีการจัดทำแผนจัดซื้อวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2566	แผนจัดซื้อวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2566	5
16. มีการจัดทำบัญชีรายการวัสดุทางห้อง ปฏิบัติการ ของโรงพยาบาล ประจำปี 2566	บัญชีรายการวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ของโรงพยาบาล ประจำปี 2566	5
17. มีระบบการกำกับ/ควบคุม/ติดตาม/ตรวจสอบ การดำเนินงานของคลังวัสดุทางห้องปฏิบัติการ	- มีการจัดซื้อตามแผนและตรวจรับตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. 2564 2 คะแนน - การจัดเก็บ มีการลงทะเบียนรับเข้าคลัง (stock card) <u>ทุกรายการและตามแบบฟอร์มระเบียบฯ พ.ศ. 2564</u> 3 คะแนน - คลังมีสภาพแข็งแรง มั่นคง ปลอดภัย 1 คะแนน - มีการควบคุมอุณหภูมิ แสง ความชื้น ตามมาตรฐาน 2 คะแนน - จัดให้มีการหมุนเวียนใช้ ตาม First In - First Out (FIFO) 2 คะแนน	10

กิจกรรม	แหล่งข้อมูล	คะแนน
18. มีแนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาฯ พ.ศ. 2564	แนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาฯพ.ศ.2564 <u>เป็นลายลักษณ์อักษร</u>	5
19. มีการรายงานการบริหารเวชภัณฑ์รายไตรมาส (DMSIC) หรือรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ไปที่ส่วนกลางและเขตสุขภาพที่ 8 ครบถ้วนและตรงเวลา	<u>http://dmsic.moph.go.th</u> ตรงเวลาและครบถ้วน โดยให้รายงานภายใน 30 วันหลังจากครบกำหนด/ข้อมูลการรายงานจากส่วนกลางและเขตสุขภาพที่ 8 (สบรส. R8way) <u>ตรงเวลาและครบถ้วน</u>	20
20. การกำกับติดตามให้เป็นไปตามแนวทางการจัดซื้อตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. 2564	- มีการลงทะเบียนเบิก - จ่าย ที่ถูกต้อง มีแบบฟอร์มการเบิกจ่ายวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ตามระเบียบชัดเจน และสามารถสอบทานกันได้ 5 คะแนน - สุ่ม รบ.๓๐๑ Stock Card และตรวจนับยาในคลัง ๑๐ รายการวัสดุทางห้องปฏิบัติการ <u>ถูกต้องและครบ</u> 20 คะแนน - ไม่พบวัสดุทางห้องปฏิบัติการ หมดอายุ 20 คะแนน	45
21. การกำกับ ติดตาม และนิเทศคลังวัสดุทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- มีคำสั่งแต่งตั้งและแผนการปฏิบัติการ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง 5 คะแนน - สรุปผลการนิเทศคลังวัสดุทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ 2566 10 คะแนน - มีกรอบบัญชีรายการวัสดุทางห้องปฏิบัติการ รพ.สต. ประจำปีงบประมาณ 2566 5 คะแนน	20
22. มีการจัดซื้อวัสดุทางห้องปฏิบัติการร่วมระดับเขต/จังหวัด	รายงานผลการจัดซื้อวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ร่วมระดับเขต เป้าหมาย มูลค่าการจัดซื้อวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ร่วมต่อมูลค่าการจัดซื้อวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ทั้งหมด มากกว่าร้อยละ 25	10

เอกสารสนับสนุน –

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

1. นายตวงสิทธิ์ จันทวี	ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	Mobile ๐๘๖-๘๕๐๘๓๖๖
2. นางสาวฉัตรวิภา มาศศรี	ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ	Mobile 084-3054999
3. นางสาวจารวีกร เสริมรัมย์	ตำแหน่ง เภสัชกร	Mobile 088-9495651

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาการบริหารจัดการ (Governance Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด **(/) เชิงปริมาณ** **( ) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 45. ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม **วัสดุการแพทย์ทั่วไป หมายถึง** วัสดุที่ใช้ในทางการแพทย์ และให้หมายความวัสดุที่ใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย
การดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป หมายถึง การดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการดำเนินการที่เป็นระบบ โปร่งใส ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมมีการควบคุมกำกับและรายงานตามลำดับชั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป	ระดับ	91.88	96.25	99.38

เกณฑ์เป้าหมาย

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
-	-	-	ร้อยละ 100

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลบึงกาฬ และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
วิธีจัดเก็บข้อมูล นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1. รายงานข้อมูล A คะแนนที่รวมได้
2. รายงานข้อมูล B คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมด

สูตรการคำนวณ (A/B) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล

การประเมินรอบที่ 1 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 กิจกรรมที่ 1 - 11
การประเมินรอบที่ 2 1 เมษายน 2566 – 30 กันยายน 2566 กิจกรรมที่ 1 – 11

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับคะแนน 1	ระดับคะแนน 2	ระดับคะแนน 3	ระดับคะแนน 4	ระดับคะแนน 5
ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 80	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 85	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 90	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 95	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล

กิจกรรม	แหล่งข้อมูล	คะแนน
23. มีผู้รับผิดชอบการแพทย์ทั่วไป ใน PTC ที่เป็นปัจจุบันและมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ 2 คะแนน - รายงานการประชุมคณะกรรมการ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง 3 คะแนน	5
24. มีผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังวัสดุการแพทย์ทั่วไป	คำสั่งแต่งตั้งรายชื่อผู้รับชอบงานบริหารคลังวัสดุการแพทย์ทั่วไป ปีงบประมาณ 2566	5
25. มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุการแพทย์ทั่วไป เข้า - ออก	เกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุการแพทย์ทั่วไป เข้า/ออกบัญชีโรงพยาบาล	5
26. มีการจัดทำแผนจัดซื้อวัสดุการแพทย์ทั่วไป ปีงบประมาณ 2566	แผนจัดซื้อวัสดุการแพทย์ทั่วไป ปีงบประมาณ 2566	5
27. มีการจัดทำบัญชีรายการวัสดุการแพทย์ทั่วไปของโรงพยาบาลประจำปี 2566	บัญชีรายการวัสดุการแพทย์ทั่วไปของโรงพยาบาลประจำปี 2566	5
28. มีระบบการกำกับ/ควบคุม/ติดตาม/ตรวจสอบ การดำเนินงานของคลังวัสดุการแพทย์ทั่วไป	- มีการจัดซื้อตามแผนและตรวจรับ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. 2557 2 คะแนน - การจัดเก็บ มีการลงทะเบียนรับเข้าคลัง (stock card) <u>ทุกรายการและตามแบบฟอร์มระเบียบฯ พ.ศ. 2557</u> 3 คะแนน - คลังมีสภาพแข็งแรง มั่นคง ปลอดภัย 1 คะแนน - มีการควบคุมอุณหภูมิ แสง ความชื้น ตามมาตรฐาน 2 คะแนน - จัดให้มีการหมุนเวียนใช้ ตาม First In - First Out (FIFO) 2 คะแนน	10
29. มีแนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาฯ พ.ศ. 2564	แนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาฯพ.ศ. 2564 <u>เป็นลายลักษณ์อักษร</u>	5
30. มีการรายงานการบริหารเวชภัณฑ์รายไตรมาส (DMSIC) หรือรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ไปที่ส่วนกลางและเขตสุขภาพที่ 8 ครบถ้วนและตรงเวลา	<u>http://dmsic.moph.go.th</u> ตรงเวลาและครบถ้วน โดยให้รายงานภายใน 30 วันหลังจากครบกำหนด/ข้อมูลการรายงานจากส่วนกลางและเขตสุขภาพที่ 8 (สบรส. R8way) <u>ตรงเวลาและครบถ้วน</u>	20

กิจกรรม	แหล่งข้อมูล	คะแนน
31. การกำกับติดตามให้เป็นไปตามแนวทางการจัดซื้อตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. 2564	- มีการลงทะเบียนเบิก - จ่าย ที่ถูกต้อง มีแบบฟอร์มการเบิกจ่ายวัสดุการแพทย์ทั่วไป ตามระเบียบชัดเจน และสามารถสอบทานกันได้ 5 คะแนน - สุ่ม รบ.๓๐๑ Stock Card และตรวจนับยาในคลัง ๑๐ รายการวัสดุการแพทย์ทั่วไป <u>ถูกต้องและครบ</u> 20 คะแนน - ไม่พบวัสดุการแพทย์ทั่วไปหมดอายุ 20 คะแนน	45
32. การกำกับ ติดตาม และนิเทศคลังวัสดุการแพทย์ทั่วไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- มีคำสั่งแต่งตั้งและแผนการปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง 5 คะแนน - สรุปผลการนิเทศคลังวัสดุการแพทย์ทั่วไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ 2566 10 คะแนน - มีกรอบบัญชีรายการวัสดุการแพทย์ทั่วไป รพ.สต. ประจำปีงบประมาณ 2566 5 คะแนน	20
33. มีการจัดซื้อวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร่วมระดับเขต/จังหวัด	รายงานผลการจัดซื้อวัสดุการแพทย์ร่วมระดับเขต เป้าหมาย มูลค่าการจัดซื้อวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร่วมต่อมูลค่าการจัดซื้อวัสดุการแพทย์ทั่วไป ทั้งหมด มากกว่าร้อยละ 25	10

เอกสารสนับสนุน -

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

1. นายตวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ Mobile ๐๘๖-๘๕๐๘๓๖๖
2. นางสาวฉัตรวิภา มาศศรี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ Mobile 084-3054999
3. นางสาวจารวีกร เสริมรัมย์ ตำแหน่ง เภสัชกร Mobile 088-9495651

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาการบริหารจัดการ (Governance Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 46.ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม วัสดุทันตกรรม หมายถึง วัสดุที่ใช้ในทางทันตกรรม และให้หมายความวัสดุที่ใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย
การดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม หมายถึง การดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการดำเนินการที่เป็นระบบ โปร่งใส ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมมีการควบคุมกำกับและรายงานตามลำดับชั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม	ระดับ	84.12	92.5	95.5

เกณฑ์เป้าหมาย

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
-	-	-	ร้อยละ 95

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลบึงกาฬ และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
วิธีจัดเก็บข้อมูล นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1. รายงานข้อมูล A คะแนนที่รวมได้
2. รายงานข้อมูล B คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมด

สูตรการคำนวณ (A/B) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล

การประเมินรอบที่ 1 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 กิจกรรมที่ 1 - 11
การประเมินรอบที่ 2 1 เมษายน 2566 – 30 กันยายน 2566 กิจกรรมที่ 1 - 11

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับคะแนน 1	ระดับคะแนน 2	ระดับคะแนน 3	ระดับคะแนน 4	ระดับคะแนน 5
ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 75	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 80	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 85	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 90	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 95

วิธีการประเมินผล

กิจกรรม	แหล่งข้อมูล	คะแนน
34. มีผู้รับผิดชอบวัสดุทันตกรรม ใน PTC ที่เป็นปัจจุบันและมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ 2 คะแนน - รายงานการประชุมคณะกรรมการ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง 3 คะแนน	5
35. มีผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังวัสดุทันตกรรม	คำสั่งแต่งตั้งรายชื่อผู้รับชอบงานบริหารคลังวัสดุทันตกรรม ปีงบประมาณ 2566	5
36. มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุทันตกรรม เข้า-ออก	เกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุทันตกรรม เข้า/ออก บัญชีโรงพยาบาล	5
37. มีการจัดทำแผนจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ปีงบประมาณ 2566	แผนจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ปีงบประมาณ 2566	5
38. มีการจัดทำบัญชีรายการวัสดุทันตกรรม ของโรงพยาบาลประจำปี 2566	บัญชีรายการวัสดุทันตกรรม ของโรงพยาบาลประจำปี 2566	5
39. มีระบบการกำกับ/ควบคุม/ติดตาม/ตรวจสอบ การดำเนินงานของคลังวัสดุทันตกรรม	- มีการจัดซื้อตามแผนและตรวจรับ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. 2564 2 คะแนน - การจัดเก็บ มีการลงทะเบียนรับเข้าคลัง (stock card) <u>ทุกรายการและตามแบบฟอร์มระเบียบฯ พ.ศ. 2564</u> 3 คะแนน - คลังมีสภาพแข็งแรง มั่นคง ปลอดภัย 1 คะแนน - มีการควบคุมอุณหภูมิ แสง ความชื้น ตามมาตรฐาน 2 คะแนน - จัดให้มีการหมุนเวียนใช้ ตาม First In - First Out (FIFO) 2 คะแนน	10
40. มีแนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาฯ พ.ศ. 2564	แนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาฯพ.ศ.2564 <u>เป็นลายลักษณ์อักษร</u>	5
41. มีการรายงานการบริหารเวชภัณฑ์รายไตรมาส (DMSIC) หรือรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ไปที่ส่วนกลางและเขตสุขภาพที่ 8 ครบถ้วนและตรงเวลา	<u>http://dmsic.moph.go.th</u> ตรงเวลาและครบถ้วน โดยให้รายงานภายใน 30 วันหลังจากครบกำหนด/ข้อมูลการรายงานจากส่วนกลางและเขตสุขภาพที่ 8 (สบรส. R8way) <u>ตรงเวลาและครบถ้วน</u>	20

กิจกรรม	แหล่งข้อมูล	คะแนน
42. การกำกับติดตามให้เป็นไปตามแนวทางการจัดซื้อตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. 2564	- มีการลงทะเบียนเบิก - จ่าย ที่ถูกต้อง มีแบบฟอร์มการเบิกจ่ายวัสดุทันตกรรม ตามระเบียบชัดเจน และสามารถสอบทานกันได้ 5 คะแนน - สุ่ม รบ.๓๐๑ Stock Card และตรวจนับยาในคลัง ๑๐ รายการวัสดุทันตกรรม <u>ถูกต้องและครบ</u> 20 คะแนน - ไม่พบวัสดุทันตกรรมหมดอายุ 20 คะแนน	45
43. การกำกับ ติดตาม และนิเทศคลังวัสดุทันตกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- มีคำสั่งแต่งตั้งและแผนการปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง 5 คะแนน - สรุปผลการนิเทศคลังวัสดุทันตกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ 2566 10 คะแนน - มีกรอบบัญชีรายการวัสดุทันตกรรม รพ.สต.ประจำปีงบประมาณ 2566 5 คะแนน	20
44. มีการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ร่วมระดับเขต/จังหวัด	รายงานผลการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ร่วมระดับเขต เป้าหมาย มูลค่าการจัดซื้อวัสดุทันตกรรมร่วมต่อมูลค่าการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ทั้งหมด มากกว่าร้อยละ 25	10

เอกสารสนับสนุน -

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

1. นายตวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ Mobile ๐๘๖-๘๕๐๘๓๖๖
2. นางสาวฉัตรวิภา มาศศรี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ Mobile 084-3054999
3. นางสาวจารวีกร เสริมรัมย์ ตำแหน่ง เภสัชกร Mobile 088-9495651