คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข
ปีงบประมาณ 2565

สำนักงานสาธารณรสุขจังหวัดบึงกาฬ
จังหวัดบึงกาฬ

สารบัญ

หัวข้อ		หน้า
ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์		**1**
1	ร้อยละของหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ๕ ดี พลัส (Buengkan 5G Plus)	2
2	ความสำเร็จการดำเนินงานฝากครรภ์คุณภาพ	5
3	ความสำเร็จการพัฒนาสถานบริการที่มีการคลอดมาตรฐาน	12
4	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	17
5	ร้อยละความครอบคลุมของเด็ก 9,18,30,42 และ 60 เดือน ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ	21
6	ร้อยละเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือนที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการค้นพบ	23
7	ร้อยละความครอบคลุมของเด็ก 9,18,30,42 และ 60 เดือนที่สงสัยล่าช้าและล่าช้า ได้รับการติดตาม	25
8	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ของ คปสอ.	31
9	ร้อยละการดำเนินงานเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กและในชุมชนของหน่วยบริการ	37
10	ระดับความสำเร็จของเด็กอายุ 6 – 14 ปี สูงดีสมส่วน	41
11	ความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน	46
12	ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	52
13	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	54
14	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน	57
15	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	65
16	ระดับความสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก	69
17	ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	72
18	ร้อยละของจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน	77
19	จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากการส่งเสริมผู้ประกอบการให้สามารถได้รับการอนุญาต	79
20	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	83
21	ระดับการเข้าถึงสื่อสุขภาพในประเด็นหมู่บ้านบึงกาฬ 5 ดี (Buengkan5G^{PLUS} : BK5G+)	87
22	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	90
23	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ NCD Clinic Plus	92

สารบัญ (ต่อ)

หัวข้อ		หน้า
24	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	94
25	ร้อยละของการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	98
26	ร้อยละผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)	104
27	ร้อยละหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	108
28	ร้อยละผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	111
29	ความสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน	114
30	ผลการโรงพยาบาลให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ในสาขาที่เลือกครบถ้วนตาม Key Step Assessment และมีนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพ	120
31	ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	124
32	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน	126
33	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	132
34	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	135
35	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	140
36	ร้อยละหน่วยบริการ Smart Hospital ระดับ S,M และ ระดับ F ที่ผ่านเกณฑ์ Smart Outcome 2 ข้อแรก	144
37	ระดับความสำเร็จของการจัดระบบบริการต่อเนื่องดูแลผู้ป่วย DM ผ่านระบบ Telemedicine NCDs on Cloud และบริการสุขภาพอื่นๆ ผ่านระบบ Telemedicine	149
38	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬที่มีการดำเนินงานเพื่อลดปริมาณการใช้กระดาษที่ระดับไม่น้อยกว่าร้อยละ10 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	153
ตัวชี้วัดงานประจำ		**156**
1	ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 0- 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน ตามแผนงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของหน่วยบริการในระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	157
2	เด็กปฐมวัย 3 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 60	161
3	เด็กอายุ 6 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ ร้อยละ 30	162
4	ความสำเร็จของการดำเนินงานในการลดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	163
5	หญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟันร้อยละ 40	166

สารบัญ (ต่อ)

หัวข้อ		หน้า
6	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดำเนินงานไอโอดีนคุณภาพ	167
7	ความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ สามเณร และแม่ชี	170
8	ร้อยละการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของตำบลจัดการสุขภาพ	173
9	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	178
10	อัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	181
11	ร้อยละศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	186
12	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	190
13	ระดับความสำเร็จของจังหวัดจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย และมลพิษสิ่งแวดล้อม	194
14	ระดับความสำเร็จของจังหวัดที่ผ่านการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	197
15	ระดับความสำเร็จของการพัฒนา ตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market) พื้นที่ขยาย อำเภอละ 1 แห่ง	199
16	ระดับความสำเร็จของการพัฒนา อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) ตามเกณฑ์มาตรฐาน	203
17	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus)	208
18	ร้อยละผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย	211
19	ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	215
20	ร้อยละครอบครัวเป้าหมายมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	217
21	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	220
22	หน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพร้อยละ 60	223
23	ร้อยละผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	225
24	ร้อยละปริมาณการใช้ยาสมุนไพร เทียบกับจำนวนการสั่งจ่ายยาทั้งหมด	229
25	ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia ได้รับการดูแลตามเกณฑ์	232
26	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	235
27	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(สีแดง)	237

สารบัญ (ต่อ)

หัวข้อ		หน้า
28	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน น้อยกว่า 24 ต่อแสนประชากร	240
29	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษา ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	244
30	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	246
31	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	248
32	ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง < 5 ml/min/1.73m2/yr	250
33	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	252
34	ประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก	255
35	ร้อยละความสำเร็จของการป้องกันการฆ่าตัวตาย	260
36	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	265
37	ความสำเร็จในการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด	268
38	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย	276
39	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS	280
40	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า ACP ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	282
41	ร้อยละของผู้ป่วย Refracture Prevention ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ Refracture	290
42	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	293
43	ระดับความสำเร็จของอำเภอที่ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพองค์กรด้วยกิจกรรม 5ส	304
44	ร้อยละของหน่วยบริการมีระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีคุณภาพที่เชื่อถือได้สำหรับการบริหารจัดการระดับดีขึ้นไป	306
45	ระดับความสำเร็จของ สสอ. ที่ดำเนินการการผ่านเกณฑ์ PMQA ที่กำหนด	311
46	ร้อยละผลงาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์	315
47	ระดับความสำเร็จ คปสอ. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน 5 ขั้นตอน	318
48	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา	321
49	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป	324
50	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม	327
51	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ	330
52	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	333

ตัวชี้วัดการปฏิบัติงานสาธารณสุข 2565
ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : 1. ร้อยละของหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ๕ ดี พลัส (Buengkan 5G Plus) ระดับดีขึ้นไป
ค่าน้ำหนัก : 4
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม :

การจัดการสุขภาพ หมายถึง การที่หมู่บ้าน/ชุมชน มีกระบวนการ**ร่วมกัน**ในการวางแผนด้านสุขภาพ มีการจัดการทรัพยากรเพื่อใช้ในการพัฒนาด้านสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ มีการร่วมกันสร้างระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และมีการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ๕ ดี พลัส (Buengkan5G Plus) หมายถึง หมู่บ้านที่ใช้แนวคิดการจัดการสุขภาพ คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผน การปฏิบัติตามแผนและการประเมินผลมาใช้ในการขับเคลื่อนนโยบายเน้นหนัก 5 ประเด็น โดยนำกระบวนการสื่อสารด้านสาธารณสุขมาผนวกเป็นกลไกขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพ ของหมู่บ้าน โดยมีเป้าหมายการพัฒนา คือ **"ประชาชน อยู่ดี กินดี แข่วบ่แมง แฮงดี วิถีชีวิตใหม่ จิตใจเบิกบาน"** ดังนี้

1. Good Choice (การสร้างทางเลือกดี) หมายถึง ร้านชำจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ดีมีมาตรฐาน

2. Good Nutrition (โภชนาการดี) หมายถึง ประชาชนกินดีถูกหลัก เหมาะสมตามวัย ห่างไกลโรค NCDs

3. Good Teeth (สุขภาพฟันดี) หมายถึง ประชาชนสุขภาพช่องปากดี ฟันดีไม่มีผุ

4. Good Health (กาย – ใจดี) หมายถึง ประชาชนหุ่นสวย แรงดี ไม่มีเครียด

5. Good Environment (สิ่งแวดล้อมดี) หมายถึง ประชาชนอยู่ในครัวเรือนที่สะอาด จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัย สถานประกอบการทุกประเภท มีการการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้ได้มาตรฐาน Thai Stop COVID Plus และ COVID Free Setting

6. Plus (การเข้าถึงสื่อทางด้านสุขภาพ) หมายถึง การสื่อสารโดยการสร้างบุคคลต้นแบบ ด้านการสื่อสาร ใช้หลักการสื่อสาร SMCR

เครื่องมือการประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ๕ ดี พลัส (Buengkan 5G Plus) แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

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

เกณฑ์การประเมิน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละของหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ๕ ดี พลัส ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ	-	-	71.7

เกณฑ์เป้าหมาย : หมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ๕ ดี พลัส ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : หมู่บ้านในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 617 หมู่บ้าน
วิธีจัดเก็บข้อมูล : เก็บตามแบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ๕ ดี พลัส และ โปรแกรมระบบรายงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ๕ ดี พลัส (BK HIS)
แหล่งข้อมูล : รพท./รพช./สสอ./รพ.สต./อปท./หมู่บ้าน
สูตรการคำนวณ : A/B x 100

1.รายงานข้อมูล A หมายถึง จำนวนหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ๕ ดี พลัส ระดับดี ขึ้นไป

2.รายงานข้อมูล B หมายถึง จำนวนหมู่บ้านที่ทั้งหมด

ระยะเวลาการประเมินผล : วิเคราะห์และสรุปผล 12 เดือน (ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565)
เกณฑ์การประเมินผล :

ระดับจังหวัด : ร้อยละหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ๕ ดี พลัส ระดับดีขึ้นไป

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70≥

ระดับอำเภอ : ร้อยละหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ๕ ดี พลัส **ระดับดีขึ้นไป**

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70≥

วิธีการประเมินผล : 1.นิเทศ เยี่ยมเสริมพลัง ติดตามการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ๕ ดี พลัส
2.ประเมินการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ๕ ดี พลัส โดยใช้เกณฑ์ประเมิน หมู่บ้าน จัดการสุขภาพ ๕ ดี พลัส

เอกสารสนับสนุน : 1. คู่มือการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ๕ ดี พลัส
2. แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ๕ ดี พลัส

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด
กลุ่มงานภาระกิจสื่อสารความเสี่ยงและการประชาสัมพันธ์

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

หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกราย ที่มาฝากครรภ์สถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ

การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง มีการจัดระบบบริการให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วย การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงตามแนวทาง Buengkan Model classiflying pregnancy การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจัดระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงและให้ความรู้พร้อมข้อแนะนำตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ใช้ Application ก้าวย่างเพื่อสร้างลูกเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ รวมถึงการนำกลไกมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตมาใช้ในการส่งเสริมและดูแลหญิงตั้งครรภ์

หญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบ หมายถึง หญิงไทยคลอดในเขตรับผิดชอบและหญิงไทยคลอดที่มารับบริการ ประกอบด้วย

1.หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

2.หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบที่มาใช้บริการคลอด

Buengkan Model classiflying pregnancy หมายถึง แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ตามการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง 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

การฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง การฝากครรภ์คุณภาพในหญิงตั้งครรภ์รายปกติที่ไม่มีความเสี่ยง จำนวน 5 ครั้ง ดังนี้

การนัดครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ $\leq$ 12 สัปดาห์
การนัดครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 13 - <20 สัปดาห์
การนัดครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 20 - <26 สัปดาห์
การนัดครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 26 - <32 สัปดาห์
การนัดครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 32 - <40 สัปดาห์

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) น้อยกว่า ร้อยละ 33 (< 33%)

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอด หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอดที่มีผลระดับฮีมาโตคริต น้อยกว่าร้อยละ 33 (<33%)

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

ตำบลมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต คือ ตำบลที่มีการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต โดยหญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุ 0-2 ปี ทุกคนในตำบล ได้รับการดูแลและเด็กทุกคนสูงดีสมส่วน พัฒนาการสมวัย และหากมีปัญหาต้องได้รับการดูแลและแก้ไขทุกราย โดยดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

เครื่องมือการประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบประเมินตำบลมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. กระบวนการขับเคลื่อนงาน
2. กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในแต่ละช่วงวัย
   - หญิงตั้งครรภ์ : 270 วัน
   - เด็กอายุ 0-6 เดือน : 180 วัน
   - เด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี : 550 วัน

เกณฑ์การประเมิน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

ระดับกำลังพัฒนา	กิจกรรมดำเนินงาน	น้อยกว่าร้อยละ 60
ระดับพื้นฐาน (Basic)	กิจกรรมดำเนินงาน	ร้อยละ 60-69
ระดับดี (Good)	กิจกรรมดำเนินงาน	ร้อยละ 70-79
ระดับดีมาก (Very Good)	กิจกรรมดำเนินงาน	ร้อยละ 80-89
ระดับดีเลิศ (Excellence)	กิจกรรมดำเนินงาน	มากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป

Application ก้าวย่างเพื่อสร้างลูก หมายถึง เป็นนวัตกรรมการสื่อสาร สำหรับหญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่ผู้ปกครองเด็กวัยแรกเกิด-6 ปี ให้ความรู้และแนะนำกิจกรรมเพื่อพัฒนาลูกด้านต่างๆ ตามช่วงวัยของลูก และกระตุ้นให้พ่อแม่นำกิจกรรมไปทดลองทำ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก ≤ 12 สัปดาห์	ร้อยละ	88.55	92.50	87.85
การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ	71.8	84.12	77.04
ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก	ร้อยละ	16.82	15.17	13.21
ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์อายุครรภ์ 33-34 สัปดาห์	ร้อยละ	14.23	14.14	9.29
ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอด	ร้อยละ	-	-	4.98
ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	ร้อยละ	5.54	5.90	5.05

เกณฑ์เป้าหมาย

1. ร้อยละสถานบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ANC ที่มีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100
2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
3. ร้อยละการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
4. ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 7
   4.1 ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก 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 วันแรกของชีวิตระดับอำเภอ
การรายงานผลการลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูล Application ก้าวย่างเพื่อสร้างลูก

รายงานข้อมูล

รายการข้อมูล 1 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์

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

รายการข้อมูล 2 การฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์

C = จำนวนหญิงคลอดตาม D ที่ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ (แฟ้ม ANC)
D = จำนวนหญิงไทยทุกรายที่คลอด ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน (แฟ้ม LABOR)

รายการข้อมูล 4 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 และได้

ตรวจฮีมาโตคริต (HCT) (Lab 2)

4.3 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอด

I = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ตาม G ที่มีค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่า ร้อยละ 33

G = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอดที่ได้ตรวจฮีมาโตคริต (HCT) (Lab 2)

รายการข้อมูล 5 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

K = จำนวนเด็กแรกเกิดตาม L ที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม

L = จำนวนเด็กแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (แฟ้ม newborn)

รายการข้อมูล 6 การสมัคร Application ก้าวย่างเพื่อสร้างลูก

M = จำนวนผู้ลงทะเบียนสมัคร Application ก้าวย่างเพื่อสร้างลูก

รายการข้อมูล 7 คะแนนเฉลี่ยความสำเร็จการดำเนินฝากครรภ์คุณภาพ ของ คปสอ.

N = ผลรวมคะแนนความสำเร็จการดำเนินงานฝากครรภ์คุณภาพ

O = จำนวนคปสอ.(8 อำเภอ)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ = (A/B) x 100
2. ร้อยละการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ = (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 2564 – มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 6 เดือนหลัง (เมษายน 2565 – กันยายน 2565)

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 (2 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 ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ในสถานบริการสาธารณสุขในเขตที่รับผิดชอบตามโปรแกรมประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	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 วันแรกของชีวิต ในระดับตำบล	0.25	- ภาพกิจกรรม - แผนงาน/โครงการ - แบบสรุปผลการประเมินตำบลมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิตระดับอำเภอ

2. การประเมินเชิงปริมาณ (3 คะแนน)

กำหนดค่าเป้าหมายที่จะให้สำเร็จ 5 ตัวชี้วัด โดยเกณฑ์การให้คะแนนพิจารณา ดังนี้

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

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

2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพตามเกณฑ์ ≥ ร้อยละ 80 (0.5 คะแนน)

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

3. ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (1.5 คะแนน)

3.1 ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก *(0.5 คะแนน)*

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

3.2 ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ อายุครรภ์ 33-34 สัปดาห์ *(0.5คะแนน)*

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

3.3 ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในห้องคลอด *(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	266	316	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 วันแรกของชีวิต กรมอนามัย
7. แบบประเมินตำบลมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต จังหวัดบึงกาฬ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1.นางสาวเพ็ญนภา พลเยี่ยม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์มือถือ : 083-9162254 E-mail : pen23993@gmail.com
2.นางสาวธัญญลักษณ์ ทอนราช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 081-6165497 E-mail : thonrach0204@gmail.com
3.นางวราภรณ์ บุญประเสริฐ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 081-9544529 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 3. ความสำเร็จการพัฒนาสถานบริการที่มีการคลอดมาตรฐาน
ค่าน้ำหนัก 3
หน่วยการวัด คะแนน
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 จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้ความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และคลอดหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่อุบัติเหตุ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

การตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรหลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1000 มิลลิลิตร หลังการผ่าตัดคลอด

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดบุตรในช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน (GA 24-36WKs6d) ในโรงพยาบาล

ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน หมายถึง ทารกแรกเกิดมีค่า Apgar score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ที่เวลาหลังคลอด 1 นาที

ตายปริกำเนิด หมายถึง การตายของทารกในครรภ์ และทารกแรกคลอด โดยอายุในครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไปถึงอายุแรกคลอดไม่เกิน 7 วัน หรือถ้าไม่ทราบอายุครรภ์ใช้น้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป

หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง มารดาหลังคลอดและลูกในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับการเยี่ยม/ดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และหรือ อสม. ตามเกณฑ์ จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 คือ เยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์แรก ไม่เกิน 7 วัน นับถัดจากวันคลอด

ครั้งที่ 2 คือ เยี่ยมระหว่าง วันที่ 8 - วันที่ 15 นับถัดจากวันคลอด

ครั้งที่ 3 คือ เยี่ยมระหว่างวันที่ 16 - วันที่ 42 นับถัดจากวันคลอด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตรา : แสนการเกิดมีชีพ	28.18	30.70	0.00
ร้อยละมารดาตกเลือดหลังคลอด	ร้อยละ	2.12	1.11	1.28
ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด	ร้อยละ	6.36	5.97	7.30
อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน	อัตรา : พันการเกิดมีชีพ	15.19	15.35	19.51
อัตราทารกตายปริกำเนิด	อัตรา : พันการเกิดมีชีพ	2.81	3.67	4.93
ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งคุณภาพ	ร้อยละ	69.56	78.00	69.02

เกณฑ์เป้าหมาย

1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
2. อัตรามารดาตกเลือดหลังคลอด ไม่เกินร้อยละ 5
3. อัตราการคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ 7
4. อัตราทารกขาดออกซิเจน ไม่เกิน 25 : 1,000 การเกิดมีชีพ
5. อัตราทารกตายปริกำเนิด ไม่เกิน 9 : 1,000 การเกิดมีชีพ
6. ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75

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

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 3 ครั้งตามเกณฑ์

K = จำนวนหญิงไทยหลังคลอดตั้งแต่ 42 วันขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ได้รับการดูแลครบ 3 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 3 ครั้งคุณภาพ	= (K/L) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล

รอบที่ 1 6 เดือนแรก (ตุลาคม 2564 – มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 6 เดือนหลัง (เมษายน 2565 – กันยายน 2565)

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 Conferrence 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 9 : 1,000 การเกิดมีชีพ (0.5 คะแนน)

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

6.ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (0.5 คะแนน)

หน่วยวัด	เป้าหมาย				
	1	2	3	4	5
ร้อยละ	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80

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.นางสาวเพ็ญนภา พลเยี่ยม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์มือถือ : 083-9162254 E-mail : pen23993@gmail.com
2.นางสาวธัญญลักษณ์ ทอนราช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 081-6165497 E-mail : thonrach0204@gmail.com
3.นางวราภรณ์ บุญประเสริฐ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 081-9544529 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 (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูงหรือสูง) 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

1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนถึงอายุ 2 ปี

มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง การส่งเสริมโภชนาการ (อาหารหญิงตั้งครรภ์ อาหารหญิงให้นมบุตร นมแม่ และอาหารเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยา ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิกสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิง หลังคลอดที่ให้นมแม่ ๖ เดือน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กอายุ ๖ เดือน ถึง ๕ ปี) ร่วมกับการบูรณาการงานสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ

ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง ตำบลที่มีประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต 4 ประเด็น ดังนี้

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

ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง ตำบลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ของกรมอนามัย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานจังหวัดบึงกาฬ

ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 64	-	ร้อยละ	43.87	45.45	55.55
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ชาย 113 ซม. หญิง 112 ซม.	-	เซนติเมตร เซนติเมตร	105.37 105.20	107.23 106.34	108.04 107.35

อำเภอ	ผลการดำเนินงานสูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2564 แยกรายอำเภอ (HDC)								
	สูงดีสมส่วน			ส่วนสูงเฉลี่ยชาย			ส่วนสูงเฉลี่ยหญิง		
	2562	2563	2564	2562	2563	2564	2562	2563	2564
บึงกาฬ	40.38	46.12	61.2	107.98	107.67	109.41	105.03	105.1	109.25
พรเจริญ	41.39	48.23	57.16	107.86	106.78	108.54	106.58	107.21	107.53
โซ่พิสัย	41.81	46.35	62.19	106.16	106.01	109.59	106.15	105.09	108.13
เซกา	37.36	42.53	45.54	100.7	107.57	103.21	99.69	105.34	102.72
ปากคาด	44.08	46.14	49.01	106.07	106.6	106.39	105.45	107.44	107.37
บึงโขงหลง	40.2	40.9	47.15	107.51	107.78	105.64	107.31	108.31	104.42
ศรีวิไล	44.28	44.62	57.56	110.61	107.25	109.42	105.77	107.45	108.69
บุ่งคล้า	48.2	56.84	53.98	108.54	108.57	110.02	107.7	108.75	110.58
รวม	41.04	45.45	55.55	106.1	107.23	108.04	104.74	106.34	107.35

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
1. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน	57.0	60.0	62.0	64.0
2. 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 /ประเมินCUP 2 ครั้งไตรมาสที่ 1, 2

เกณฑ์การประเมิน :

การประเมิน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
รอบที่ 1	<53	53-55	56-58	59-61	≥62
รอบที่ 2	<55	55-57	58-60	61-63	≥ 64

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. มีรายงานผลการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต เพื่อเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน พัฒนาการสมวัย ฟันไม่ผุ พร้อมข้อเสนอแนะระดับจังหวัดส่งให้กับเขตสุขภาพและศูนย์อนามัย

เอกสารสนับสนุน

1. หนังสือแนวทางการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต
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 มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต
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 **2.5**
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.		
		2562	2563	2564
ความครอบคลุมของเด็ก 9,18,30,42 และ 60 เดือน ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ	89.2	93.30	88.38

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

อำเภอ	ผลการดำเนินงาน		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
บึงกาฬ	3,728	3,377	90.58
พรเจริญ	1,589	1,492	93.9
โซ่พิสัย	2,751	2,528	91.89
เซกา	3,350	2,940	87.76
ปากคาด	1,311	1,210	92.3
บึงโขงหลง	1,644	1,296	78.83
ศรีวิไล	1,575	1,311	83.24
บุ่งคล้า	588	460	78.23
รวม	16,536	14,614	88.38

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

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

รอบที่ 2

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
< 75	75-79	80-84	85-89	≥90

วิธีการประเมินผล

1.สรุปผลการดำเนินงาน ตามรอบประเมิน CUP ปีละ 2 ครั้ง

2.สรุปรายงานจาก HDC

เอกสารสนับสนุน

1.จากรายงาน HDC

2.จากการประเมิน CUP ปีละ 2 รอบ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางวราภรณ์ บุญประเสริฐ เบอร์ติดต่อ : 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 ร้อยละ
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.		
		2562	**2563**	**2564**
เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า	ร้อยละ	24.50	27.61	29.1

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

อำเภอ	ผลการดำเนินงาน		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
บึงกาฬ	3,377	821	24.31
พรเจริญ	1,492	501	33.58
โซ่พิสัย	2,528	823	32.56
เซกา	2,940	907	30.85
ปากคาด	1,210	347	28.68
บึงโขงหลง	1,296	394	30.4
ศรีวิไล	1,311	328	25.02
บุ่งคล้า	460	132	28.7
รวม	14,614	4,253	29.1

เกณฑ์เป้าหมาย

ร้อยละ 25

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
<10	10-14	15-19	20-24	≥25

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

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

7.2.ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I (ข้อ 6.1 ตามเป้าหมาย HDC) ร้อยละ 70

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

ค่าน้ำหนัก **2.5**
หน่วยการวัด ร้อยละ
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 และดำเนินการประเมินอย่างเป็นระบบจากพฤติกรรม พัฒนาการตามอายุของเด็กใน 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.		
		2562	2563	2564
1.การติดตามเด็กสงสัยล่าช้า ใน 30 วัน (ข้อ 5.1 HDC)	ร้อยละ	90.8	92.07	88.8
2.เด็กล่าช้า 5 กลุ่มอายุ ได้รับ การกระตุ้นด้วย TEDA4I (ข้อ 6.1 HDC)	ร้อยละ	61.54	84.44	81.25
3.เด็กล่าช้า 5 กลุ่มอายุ กระตุ้น TEDA4I กลับมาปกติ (ข้อ 6.1 HDC)	ร้อยละ	72.22	27.27	50

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) (11.ต.ค. 64)

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	821	742	90.6	2	0	0
พรเจริญ	501	461	92.76	4	3	75
โซ่พิสัย	823	756	92.87	25	22	88
เซกา	907	767	85.51	14	10	71.43
ปากคาด	347	310	89.86	2	2	100
บึงโขงหลง	394	340	87.4	5	4	80
ศรีวิไล	328	269	85.67	12	11	91.67
บุ่งคล้า	132	91	68.94	0	0	0
รวม	4,253	3,736	88.8	64	52	81.25

อำเภอ	3.ร้อยละเด็ก 5 กลุ่มอายุที่พัฒนาการล่าช้ากระตุ้นด้วยทิดากลับมาปกติ (ข้อ 6.1 HDC) (ใน รพ.)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
บึงกาฬ	0	0	0
พรเจริญ	3	0	0
โซ่พิสัย	22	11	68.75
เซกา	10	4	80
ปากคาด	2	0	0
บึงโขงหลง	4	0	0
ศรีวิไล	11	2	25
บุ่งคล้า	0	0	0
รวม	52	17	50

เกณฑ์เป้าหมาย

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

2.เด็กล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 70 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 ร้อยละ70 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 ร้อยละ70 3. ร้อยละเด็ก 5 กลุ่มอายุ ที่พัฒนาการล่าช้า กระตุ้นด้วย TEDA4I กลับมาปกติ ร้อยละ 35 (ข้อ 6.1 HDC)

การให้คะแนน

คะแนนรอบที่1	**ระดับ 1**	**ระดับ 2**	**ระดับ 3**	**ระดับ 4**	**ระดับ 5**
ติดตาม 30 วัน	<50	50-59	60-69	70-79	≥80
ติดตามTEDA4I	<30	30-39	40-49	50-59	≥60
เด็กล่าช้ากลับมาปกติ	<10	10-14	15-19	20-24	≥25

คะแนนรอบที่ 2	**ระดับ 1**	**ระดับ 2**	**ระดับ 3**	**ระดับ 4**	**ระดับ 5**
ติดตาม 30 วัน	<60	60-69	70-79	80-89	≥90
ติดตามTEDA4I	<40	40-49	50-59	60-69	≥70
เด็กล่าช้ากลับมาปกติ	<20	20-24	25-29	30-34	≥35

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.		
		2562	2563	2564
ความสำเร็จการดำเนินงานเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ของ คปสอ.	ขั้นตอน	4.90	4.83	4.65

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

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน
บึงกาฬ	5	4.6
พรเจริญ	5	4.8
โซ่พิสัย	5	4.8
เซกา	5	4.6
ปากคาด	5	4.6
บึงโขงหลง	5	4.6
ศรีวิไล	5	4.6
บุ่งคล้า	5	4.6
เฉลี่ย	**5**	**4.65**

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 พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนในการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ระระดับ ดังนี้

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

โดยที่

ขั้นตอนที่	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2564
1	1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ คปสอ. ระดับอำเภอและ MCH BOARD อำเภอ เป็นปัจจุบัน (0.5 คะแนน) 2. มีการประชุมคณะกรรมการตามข้อ 1 อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี เพื่อแก้ปัญหาการพัฒนาเด็ก การดำเนินงานตำบลสูงดีสมส่วน เล่นเปลี่ยนโลก ผู้อำนวยการการเล่น นมแม่ โภชนาการดี พัฒนาการดี ฟันดี ไอคิวดี ใน WCC/ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/ชุมชน (0.5 คะแนน)
2	**ผ่านการดำเนินงานขั้นตอนที่ 1** 1. มีการทบทวนแนวทางและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงาน WCC คุณภาพ ,สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (ศพด./โรงเรียนอนุบาล/โรงเรียนเอกชน),ชุมชน (0.25 คะแนน) 2. มีแผนงาน/โครงการพัฒนาเด็กปฐมวัย การพัฒนาเด็ก การดำเนินงานตำบลสูงดีสมส่วนเล่นเปลี่ยนโลก 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 (0.1 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) (0.1 คะแนน) 4.2 ด้านทันตกรรม ผู้ปกครองมีความรู้ด้านทันตสุขศึกษา แปรงฟันเด็กได้ถูกวิธี(0.1 คะแนน) 4.3 ด้านอื่นๆ การนอน การป้องกันโรคไข้เลือดออก อุจจาระร่วง ปอดบวม การเช็ดตัวลดไข้ การล้างมือ อุบัติเหตุ (0.1 คะแนน) 4.4 แม่ฝากครรภ์ไตรมาสที่ 3 ได้รับคำแนะนำความสำคัญการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM/DAIM/ความสำคัญสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหลังคลอด (0.1 คะแนน) 4.5 หลังคลอดภายใน 2 เดือนผู้ดูแลเด็กได้รับคำแนะนำความสำคัญการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือDSPM/DAIM/ความสำคัญสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหลังคลอด (0.1 คะแนน)
4	1.มีการประเมินตนเองทุกหน่วยบริการตามการจัดระบบบริการ WCC คุณภาพ ครอบคลุมข้อ 1-12 (0.2 คะแนน) 2. มีการติดตามเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและบันทึกการชั่งน้ำหนักเด็ก 0-5 ปีใน HDC ตามงวดครบ 4 ครั้งตามรอบประเมิน รอบที่ 1 เดือน พ.ย. 63 รอบที่ 2 เดือน ก.พ. 64 รอบที่ 3 เดือน พ.ค. 63 รอบที่ 4 เดือน ส.ค.64 ครอบคลุมแต่ละรอบไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (0.4 คะแนน) 3. **มีข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้า เด็กทุพโภชนาการ และข้อมูลเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการและโภชนาการล่าช้า**เช่นเด็กยากจน เด็กอยู่กับผู้สูงอายุ แม่วัยรุ่น ผู้เลี้ยงดูมีความเสี่ยงอื่นๆเช่นติดยา มีปัญหาสุขภาพจิต โรคทางจิตเวช และมีการติดตามแก้ปัญหาต่อเนื่องทุกเดือน โดยมีกรุ๊ป line ผู้ปกครองกรุ่มเสี่ยงและผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี เพื่อใช้ติดตามและสื่อสารความรู้ในการดูแลเด็กทุกหน่วยบริการ (0.2 คะแนน)

	4. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับอำเภอประกอบด้วย 4 กระทรวงหลัก คือมหาดไทย (อปท.) พมจ.อำเภอ(ถ้ามี) กระทรวงศึกษาและกระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายระดับอำเภอตามความเหมาะสม ขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยคณะอนุกรรมกรรมการเด็กปฐมวัยระดับอำเภอ มีนายอำเภอเป็นประธาน (0.2 คะแนน)
5	1. มีการออกนิเทศติดตามและสรุปผลการดำเนินงานให้บริการ WCC คุณภาพโรงพยาบาล และ รพ.สต.ในการให้บริการ WCC คุณภาพ โดยทีมระดับอำเภอไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 (0.2 คะแนน) 2. การเข้าถึงแบบสอบถามความรู้ในการดูแลแม่และเด็กสะสมตั้งแต่ปี 2563 ที่จังหวัดจัดทำขึ้นของผู้ปกครอง ครู เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ อปท.ที่เกี่ยวข้อง และ อสม.ภาพรวม ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของจำนวนเด็ก 0-5 ปีทั้งหมด (0.2 คะแนน) 3.ร้อยละ90 ของ เด็ก 0-5 ปี ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการไตรมาสที่ 3 และมีภาวะสูงดีสมส่วน ร้อยละ 62 (0.2 คะแนน) 4. มีโครงการหรือการดำเนินงานให้ความรู้ในชุมชนด้านการพัฒนาเด็ก 0-5 ปี เช่น การใช้ DSPM การส่งเสริมการอ่าน โภชนาการ 1000 วันแรกของชีวิต พัฒนาการ สุขภาพฟัน โรคที่สำคัญในเด็ก (0.2 คะแนน) 5.มีการออกเยี่ยมเสริมพลังและพัฒนางานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานโดยคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัยระดับอำเภอหรือตำบล ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหาร อปท ครูสังกัด สพป.เอกชนเป็นอย่างน้อยไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งหมด (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. หนังสือแนวทางการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต
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 มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต
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. ร้อยละการดำเนินงานเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กและในชุมชนของหน่วยบริการ
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

เด็กปฐมวัย หมายถึงเด็กแรกเกิด-อายุน้อยกว่า 6 ปี ก่อนเข้าศึกษาระดับประถมศึกษา

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หมายถึง สถานดูแลเด็กก่อนเข้าเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนเอกชน โรงเรียนอนุบาลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกสังกัด

ชุมชน หมายถึง หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ

ครู หมายถึง ครูผู้ทำหน้าที่สอนในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัด

อปท. หมายถึง ผอ.กองศึกษาและกองสาธารณสุขหรือผู้ที่ได้รับมอบให้ดูแลสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยใน อปท.

อสม. หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แยกผู้รับงานแม่และเด็กและงานอื่นๆ

ผู้ปกครอง หมายถึง ผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี 11 เดือน 29 วัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง เจ้าหน้าที่ในทุกหน่วยที่ถูกสุ่ม แยกส่วนผู้รับงานเด็กปฐมวัยโดยตรงและงานอื่นๆ

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

ผู้อำนวยการการเล่น หมายถึง (play worker) ผู้สนับสนุนส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการเล่นภายใต้สภาพแวดล้อม พื้นที่ สื่อของเล่นที่เหมาะสมและเอื้อให้เกิดการเรียนรู้ตามวัยของเด็ก อย่างอิสระ

โดยหน่วยบริการ มีการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	**ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564**
1	1.1 หน่วยบริการมีข้อมูล สพด. ทั้งหมด และมีแผนการดำเนินงานเชิงรุกเรื่องสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อขับเคลื่อนมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เล่นเปลี่ยนโลก ผู้อำนวยการการเล่น (0.5 คะแนน) 1.2 มีการระบุชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยในหมู่บ้านและสถานพัฒนาเด็ก (0.5 คะแนน)
2	2.1 มีการประเมินตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (0.5 คะแนน) 2.2 มีการประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครู อปท. และ จนท.สาธารณสุข (0.5 คะแนน)
3	3.1 เจ้าหน้าที่ติดตามเป็นพี่เลี้ยง ให้ครูมีการใช้คู่มือ DSPM ในการประเมินพัฒนาการเด็ก/และมีการประเมินภาวะโภชนาการเด็กเพื่อค้นหาเด็กสงสัยล่าช้า/เด็กทุพโภชนาการ (0.3 คะแนน) 3.2 ครูมีการปรับกิจกรรมตามคู่มือมาใช้ในการเรียนการสอน (0.2 คะแนน)

	3.3 มีการจัดกิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลกสม่ำเสมอ โดยมีผู้อำนวยการการเล่นกำกับ (0.2 คะแนน) 3.4 มีการประเมินเด็กซ้ำรายพัฒนาการ/ทุพโภชนาการผิดปกติ โดยเจ้าหน้าที่ (0.3 คะแนน)
4	4.1 เจ้าหน้าทีสาธารณสุขมีชื่อในคณะกรรมการเด็กปฐมวัยของ สพด.หรือเป็นที่ปรึกษาและร่วมขับเคลื่อนตามมาตรฐาน (0.3 คะแนน) 4.2 มีการตั้งกรุ๊ปไลน์ผู้ปกครองใน สพด.โดยมีครูและจนท.สาธารณสุขในหน่วยปฐมภูมิใช้ในการสื่อสารในการให้ความรู้และติดตามการดูแลเด็กปฐมวัย (0.4 คะแนน) 4.3 ผู้ปกครอง/ครู/จนท.ใช้ APPICATION 9 ย่างเพื่อสร้างลูก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนเด็กใน สพด. (0.3 คะแนน)
5	ผู้ปกครองเด็กสงสัยล่าช้า/เด็กทุพโภชนาการ ได้รับการอบรมหรือสอนให้ความรู้ด้านพัฒนาการ/โภชนาการ/การดูแลสุขภาพฟัน โรคที่พบบ่อยใน สพด. ร้อยละ 50 (1 คะแนน)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ผลการดำเนินงานเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กและในชุมชนของหน่วยบริการ	ร้อยละ	-	42.68	59.80

ผลงานรายอำเภอ ปี 2564

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (แห่ง)				ผลงาน	ร้อยละ	คะแนน
		ศพด	รร.รัฐ	รร.เอกชน	รวม			
1	เซกา	52	42	3	97	65	67.01	5
2	โซ่พิสัย	32	36	1	69	35	50.72	5
3	บึงโขงหลง	28	18	3	49	27	55.10	5
4	บุ่งคล้า	8	10	0	18	17	94.44	5
5	ปากคาด	11	15	3	29	15	51.72	5
ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (แห่ง)				ผลงาน	ร้อยละ	คะแนน
		ศพด	รร.รัฐ	รร.เอกชน	รวม			
6	พรเจริญ	20	21	2	43	33	76.74	5
7*	เมืองบึงกาฬ	104	57	3	164	90	54.89	5
8	ศรีวิไล	15	15	1	31	17	54.84	5
รวม		270	214	16	500	299	59.80	5

เกณฑ์เป้าหมาย

ร้อยละ 70

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งหมดใน ศพด. รร.รัฐ รร.เอกชน

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

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

"A" /"B" "×100"

รายการข้อมูล 1

A = จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีการดำเนินงานครบตามขั้นตอนที่วัด

รายการข้อมูล 2

B = จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งหมดในหน่วยบริการ

ระยะเวลาประเมินผล

ประเมินปีละ 2 รอบในรอบประเมิน CUP

เกณฑ์การประเมิน

การประเมิน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
รอบที่ 1	<30	30-34	35-39	40-49	≥ 50
รอบที่ 2	<40	40-49	50-59	60-69	≥ 70

วิธีการประเมินผล

1.ผลการดำเนินงาน ตามรอบประเมิน CUP ปีละ 2 ครั้ง

เอกสารสนับสนุน

1. หนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย

2.คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมโภชนาการเด็ก DSPM/DAIM

3. แนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC)

4. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย

5. info graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง

6. Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง

7. ชุดความรู้กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน

8. สื่อโภชนาการ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-5 ปี ด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง (Augmented Reality : AR)

9.คู่มือมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

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. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (✓) เชิงปริมาณ (✓) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 10. ระดับความสำเร็จของเด็กอายุ 6 – 14 ปี สูงดีสมส่วน
ค่าน้ำหนัก 2.5
หน่วยการวัด ระดับความสำเร็จ
คำนิยาม

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

โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้นม.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 และมีน้ำหนักอยู่ใน ระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2562- 2564		
		2562	**2563**	2564
เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	53.46	65.49	58.59
เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม	ร้อยละ	5.91	5.46	4.13
เด็กอายุ 6-14 ปี อ้วน	ร้อยละ	13.34	11.85	3.71
เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย	ร้อยละ	19.83	6.27	12.71
ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี	ซม.	ช = 142.24 ญ = 143.64	ช = 148.95 ญ = 150.34	ช = 144.96 ญ = 145.94
ความครอบคลุมลงข้อมูลชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	ร้อยละ	61.16	45.0	30.3

เกณฑ์เป้าหมาย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา หรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส มัธยมศึกษาทุกสังกัด (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)

วิธีจัดเก็บข้อมูล

ระบบฐานข้อมูลจาก Health Data Center

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (รพท./รพช./รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง)

2.ฐานข้อมูลจำนวนนักเรียนจากระบบ DMC กระทรวงศึกษาธิการ

รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะผอม
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน
รายการข้อมูล 4	A4 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย
รายการข้อมูล 5	A5 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 6	A6 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 7	B1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 8	B2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทั้งหมดในโรงเรียน
รายการข้อมูล 9	B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 12 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 10	B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 12 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

สำรวจเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data ที่แสดงให้เห็นแนวโน้มภาวะทุพโภชนาการในภาพรวม)

1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	= (A1/B1) x 100
2. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม	= (A2/B1) x 100
3. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน	= (A3/B1) x 100
4. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย	= (A4/B1) x 100
5. ความครอบคลุม	= (B1/B2) x 100
6. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี	= (A5 / B3)
7. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี	= (A6 / B4)

ระยะเวลาการประเมินผล

วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ :

ภาคเรียนที่ 2/64 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูลเดือน ธ.ค.64, ม.ค. 65, ก.พ. 65
ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ. 65

ภาคเรียนที่ 1/65 พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูลเดือน พ.ค. 65, มิ.ย. 65, ก.ค. 65
ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค. 65

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับจังหวัด

- ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
≤56	57 – 59	60 – 62	63 - 65	≥66

ระดับอำเภอ

แบ่งการประเมินโดยให้คะแนนตามระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน 5 ระดับ ดังนี้

<table>
<tr><th>ระดับความสำเร็จ</th><th>รายละเอียดการดำเนินงาน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อำเภอมีฐานข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง (2562 - 2564) ดังนี้
1.ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน (สูงดีสมส่วน/อ้วน/เตี้ย/ผอม) แยกรายโรงเรียน
2.รายงานผลการตรวจสุขภาพนักเรียนตามงานอนามัยโรงเรียน (การตรวจวัดสายตาและการได้ยิน, การตรวจฟัน, การตรวจภาวะโลหิตจาง, การตรวจเหาและการได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก)</td><td>0.5
0.5</td></tr>
<tr><td>2</td><td>1. มีการชั่งน้ำหนัก วัดความสูง โดยใช้อุปกรณ์และเทคนิคการวัดที่ได้มาตรฐานและถูกต้อง เพื่อนำมาแปลผลภาวะโภชนาการ และออกตรวจสุขภาพนักเรียนตามกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่ม 6 - 24 ปี ตามชุดสิทธิประโยชน์ พ.ศ.2559 (สปสช.)
2. มีการนำเข้าข้อมูลภาวะโภชนาการ
<u>รอบที่ 1</u> นำเข้าข้อมูลในช่วง 3 เดือน คือ ธ.ค. 64, ม.ค.65, ก.พ.65 ในภาคการเรียน ที่ 2/2564 ในระบบ 43 แฟ้ม ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ. 2565
<u>รอบที่ 2</u> นำเข้าข้อมูลในช่วง 3 เดือน คือ พ.ค., มิ.ย., ก.ค. 65 ในภาคการเรียนที่ 1/2565 ในระบบ 43 แฟ้ม ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค. 2565
<table>
<tr><td>คะแนน</td><td>0.1 คะแนน</td><td>0.2 คะแนน</td><td>0.3 คะแนน</td><td>0.4 คะแนน</td><td>0.5 คะแนน</td></tr>
<tr><td>ร้อยละความครอบคลุม</td><td><50</td><td>50 - 59</td><td>60 - 69</td><td>70 - 79</td><td>80≥</td></tr>
</table></td><td>0.25
0.25</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>3. ร้อยละความครอบคลุมในการลงข้อมูลชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
หมายเหตุ ฐานข้อมูลประชากร 6 – 14 ปี ในแต่ละพื้นที่</td><td>0.5</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อำเภอมีการดำเนินการ ดังนี้
1. การจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย) และการส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดี และรูปร่างสมส่วน ดังนี้
- การรณรงค์ดื่มนมจืด ยืดความสูงในโรงเรียนและชุมชน
- มีการจัดมหกรรมกระโดดโลดเต้น เล่นสนุก เพื่อเด็กไทยยุคใหม่สูงดีสมส่วน อย่างน้อย 1 โรงเรียน
- มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง โดยการตรวจ obesity sign
1) รอบคอดำ 2) นั่งหลับ 3)นอนกรน 4)ประวัติการเจ็บป่วยครอบครัว จากสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข (Service plan) คลินิก DPAC
2. ออกเยี่ยมและให้ความรู้เรื่อง หลักการจัดอาหารกลางวัน (Thai school lunch)และสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนให้แก่ครูอนามัย ครูโภชนาการ และแม่ครัว
3. รายงานผลการตรวจสุขภาพนักเรียนตามงานอนามัยโรงเรียน และรายงานการจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย) และการส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดี และรูปร่างสมส่วนในปีงบประมาณ 2565
(ข้อมูลเทอม 2/2564 และเทอม 1/2565)</td><td>0.5

0.25

0.25</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อำเภอมีการดำเนินการสนับสนุนยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ให้เด็กอายุ 6 – 14 ปี
1. มีทะเบียน/หลักฐาน/หนังสือราชการ การจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กให้กับเด็กอายุ 6 – 14 ปี หรือทะเบียน/หลักฐาน/หนังสือราชการ การจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กสนับสนุนโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ
2. ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน
ร้อยละของเด็กอายุ 6 – 14 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก (ข้อมูลจาก HDC)
- ตุลาคม 64 – มีนาคม 65 (0.5 คะแนน) (รอบที่ 1)
- เมษายน 64 – กันยายน 65 (0.5 คะแนน) (รอบที่ 2)
<table>
<tr><td>0.1 คะแนน</td><td>0.2 คะแนน</td><td>0.3 คะแนน</td><td>0.4 คะแนน</td><td>0.5 คะแนน</td></tr>
<tr><td>≤19</td><td>20 - 29</td><td>30 - 39</td><td>40 - 49</td><td>50≥</td></tr>
</table></td><td>0.5

0.5</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ผลลัพธ์การดำเนินงาน
ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน แบ่งเป็น
- ภาคการศึกษาที่ 2/2564 (1 คะแนน) (รอบที่ 1)
- ภาคการศึกษาที่ 1/2565 (1 คะแนน) (รอบที่ 2)
<table>
<tr><td>0.2 คะแนน</td><td>0.4 คะแนน</td><td>0.6 คะแนน</td><td>0.8 คะแนน</td><td>1 คะแนน</td></tr>
<tr><td>≤56</td><td>57 – 59</td><td>60 – 62</td><td>63 - 65</td><td>≥66</td></tr>
</table></td><td>1</td></tr>
</table>

วิธีการประเมินผล

ประเมินรอบที่ 1 ข้อมูลปีการศึกษา 2/2564 (ประเมินระดับความสำเร็จที่ 1-5)

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

ประเมินรอบที่ 2 ข้อมูลปีการศึกษา 1/2565 (ประเมินระดับความสำเร็จที่ 1-5)

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

เอกสารสนับสนุน

1. แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในอนามัยวัยเรียน จังหวัดบึงกาฬ
2. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และคลินิก DPAC
3. คู่มือ การจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน
4. แนวทางการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ HosXP (PCU)
5. โปสเตอร์/แผ่นพับ การออกกำลังกายแบบกระโดดโลดเต้น
6. สื่อชมรมกิจกรรมทางกายเพื่อเด็กไทย (ChOPA & ChiPA Game)
7. ชุดความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม (NuPETHS)
8. สมุดบันทึกการตรวจสุขภาพนักเรียนชั้น ป.5-ป.6 และ ม.1 - ม.6
9. อร.14

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ชื่อ – สกุล นายสรศักดิ์ ตันทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ 110 โทรศัพท์มือถือ : 082-4966228
   โทรสาร : 042-492011 E-mail : Tor.sorasak@gmail.com
   สถานที่ทำงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
2. ชื่อ – สกุล นางสาวธัญญลักษณ์ ทอนราช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ 110 โทรศัพท์มือถือ : 095-7345139
   โทรสาร : 042-492011 E-mail : thonrach0204@gmail.com
   สถานที่ทำงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 11. ความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

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

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถเพิ่มขึ้น ในการควบคุมและการส่งเสริมให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น 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 หุ่นดี สุขภาพดี คือ องค์กรภาครัฐ หรือเอกชน ที่มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบดังต่อไปนี้

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

ตำบลส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานตอนปลาย หมายถึง ตำบลมีกระบวนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย (อายุ 45 – 59 ปี) ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีกิจกรรมเพื่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ตลอดจนมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ โดยดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

1 มีคณะกรรมการรับผิดชอบการจัดการในภาพรวมของตำบล

2 มีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน

3 มีแผนงานโครงการหรือการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการตลอดจนมีการติดตามและประเมินผลและมีการดำเนินงานตามแผนจนเกิดผลลัพธ์ตามนโยบาย

4 มีกระบวนการหรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

5 มีการจัดการหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงานตอนปลาย

6 มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานตอนปลายในพื้นที่รับทราบข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพและการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

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

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง วัยทำงานอายุ 25 – 59 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมประกอบด้วยพฤติกรรม 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.		
		2562	2563	2564
ร้อยละความครอบคลุมการประเมินดัชนีมวลกายในกลุ่มประชากร	ร้อยละ	-	64.14	63.10
ร้อยละของวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ	59.33	56.14	54.89
ร้อยละความสำเร็จของการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ	-	100	100
ร้อยละของวัยทำงาน อายุ 25 - 59 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ	-	26.37	41.15
จำนวนคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวนผู้ลงทะเบียน	-	3,014	28,993

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 จำนวนคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 65,172 คน

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

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, 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/D) x 100

5. จำนวนคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ = G

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 25 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

รายงานข้อมูล E = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 25 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานีกำหนดให้ (จำนวนการประเมิน อำเภอละ 300 ตัวอย่าง โดยประเมินวัยทำงานตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย ช่วงละ 100 ตัวอย่าง)

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

รายงานข้อมูล G = จำนวนผู้ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบ Application ก้าวท้าใจ

ระยะเวลาการประเมินผล

รอบที่ 1 6 เดือนแรก (ตุลาคม 2564 – มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 6 เดือนหลัง (เมษายน 2565 – กันยายน 2565)

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)

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. จำนวนคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (2 คะแนน)

อำเภอ	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
บึงกาฬ	5071	6761	8451	10,141	11,831
เซกา	3896	5195	6494	7793	9092
โซ่พิสัย	2924	3898	4873	5848	6822
ศรีวิไล	1889	2519	3149	3778	4408
พรเจริญ	1865	2487	3109	3731	4353
บึงโขงหลง	1851	2468	3085	3702	4319
ปากคาด	1447	1930	2412	2894	3377
บุ่งคล้า	608	810	1013	1215	1418

รอบที่ 2 6 เดือนหลัง (เมษายน 2565 – กันยายน 2565)

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. จำนวนคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (1.5 คะแนน)

อำเภอ	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
บึงกาฬ	10,141	11,831	13,522	15,212	16,902
เซกา	7793	9092	10390	11689	12988
โซ่พิสัย	5848	6822	7797	8771	9746
ศรีวิไล	3778	4408	5038	5667	6297
พรเจริญ	3731	4353	4974	5596	6218
บึงโขงหลง	3702	4319	4936	5553	6170
ปากคาด	2894	3377	3859	4341	4824
บุ่งคล้า	1215	1418	1620	1823	2025

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 นางไกษร 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. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 12. ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
ค่าน้ำหนัก 2.5
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ณ วันที่ ๑ 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.		
		2562	2563	2564
ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ	0	30.39	17.42

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 40
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
20	25	30	35	40

วิธีการประเมินผล รายงานทันตกรรมจาก HDC

เอกสารสนับสนุน รายงานทันตกรรมจาก HDC

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ทพ.อดิศักดิ์ จรัสเมธาวิทย์ โทร : 0816405009
2. น.ส.ปุณณิกา หมื่นสา โทร 088-5618807
3. น.ส.สิรินยา แสงไสย์ โทร : 086-8504402

ยุทธศาสตร์ที่ 1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 13. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม 1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข็มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพละคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

2. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือทีมผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง

3. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง
- การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทุกรายรอบ 9 เดือน และ 12 เดือน
- ประเมินสุขภาพและคัดครองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข)

**** หมายเหตุ :** โดยการประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

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

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย
2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)
- พื้นที่จัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)
- เสนอ Care Plan ผ่านคณะอนุกรรมการกองทุน Long Term Care ระดับตำบล

- Care Manager ระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลระบบผลการอนุมัติรายงาน Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองท้องถิ่นและกรมอนามัย

- การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)

- ระดับกรมอนามัยเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลระบบโปรแกรม DOH Dashboard กรมอนามัย เพื่อการตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังและเป็นฐานข้อมูลกลางด้านผู้สูงอายุของประเทศต่อไป

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

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

**** หมายเหตุ :** ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัย และระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)

สูตรการคำนวณ = (A/B) x100

A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan

B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC

**** หมายเหตุ :** ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไป และนับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน

ระยะเวลาการประเมินผล

รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2564 – เดือนมีนาคม 2565)

รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2565)

เกณฑ์การประเมินผล

<u>ระดับจังหวัด</u>

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

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

<u>ระดับอำเภอ</u>

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

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

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

เอกสารสนับสนุน

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

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. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 14. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน
14.1. ร้อยละของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
14.2. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ

ตัวชี้วัดย่อยที่ 14.1. ร้อยละของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

คำนิยาม

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL ≥ 12 คะแนน ทั้งเพศชายและเพศหญิง

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง (ร่างกาย จิตใจ และสังคม)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย

1. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน/ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ออกกำลังกาย) สะสม 150 นาที/สัปดาห์
2. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6 – 7 วันต่อสัปดาห์)
3. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
4. ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบยาเส้น
5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาดองเหล้า)
6. มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรคประจำตัว มีการรับประทานยาต่อเนื่อง)
7. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8 ชั่วโมง
8. ด้านทันตกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก

**** หมายเหตุ :**

1. ผ่านการประเมินทั้ง 8 ด้าน ถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
2. กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อ และทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในชีวิต ประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรงกาย การเดินทางด้วยจักรยานหรือเดินทางเดินขึ้นบันได และกิจกรรมยามว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา วิ่ง ปั่นจักรยานและการท่องเที่ยว (ที่มา : แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.2561 – 2573)
3. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6 – 7 วันต่อสัปดาห์)
4. อ้างอิงดัชนีที่ 8 ตามแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2561

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ	ร้อยละ	52 (จากการสำรวจของกรมอนามัย)	37.8 (จากการสำรวจของกรมอนามัยผ่าน Application Health For You (H4U))	32.30 (จากการสำรวจของกรมอนามัยผ่าน Application Health For You (H4U))

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละ 60	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 52

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL ≥ 12 คะแนน ร้อยละ 10 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดของพื้นที่

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. สุ่มสำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพตามระเบียบวิธีวิจัย
2. แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน /รายงานตามระบบโปรแกรมรายงาน
3. ระบบคลังข้อมูล Application Health For You (H4U)
4. ข้อมูลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC)

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1. ระบบคลังข้อมูล Application Health For You (H4U) สมุดสุขภาพประชาชน
2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ, สำนักอนามัย (กรณีพื้นที่ กทม.) และกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
3. ศูนย์อนามัยที่ 1 – 12 สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง และศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 – 13
4. ระบบการให้บริการสมุดสุขภาพประชาชน Health For you (H4U)
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สูตรการคำนวณ = (A/B) x100

A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน

ระยะเวลาการประเมินผล

พฤศจิกายน 2564 – กรกฎาคม 2565

เกณฑ์การประเมินผล

รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2564 – เดือนมีนาคม 2565)

<u>ระดับจังหวัด</u>

ร้อยละของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤41	42	43	44	≥45

<u>ระดับอำเภอ</u>

1. ร้อยละของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (1.25 คะแนน)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤41	42	43	44	≥45

**** หมายเหตุ** : <u>กรณีร้อยละของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ น้อยกว่าร้อยละ 50 จะไม่นับคะแนนในข้อนี้</u>

2. ร้อยละความครอบคลุมการประเมินผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (1.25 คะแนน)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
52	54	56	58	60

รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2565)

<u>ระดับจังหวัด</u>

ร้อยละของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤46	47	48	49	≥50

<u>ระดับอำเภอ</u>

1. ร้อยละของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (1.25 คะแนน)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤46	47	48	49	≥50

**** หมายเหตุ** : <u>กรณีร้อยละของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ น้อยกว่าร้อยละ 50 จะไม่นับคะแนนในข้อนี้</u>

2. ร้อยละความครอบคลุมการประเมินผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (1.25 คะแนน)

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

วิธีการประเมินผล

คำนวณข้อมูลจากแบบรายงาน Application Health For You (H4U) หรือสมุดสุขภาพประชาชน

เอกสารสนับสนุน

1. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
2. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว (Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุ
3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยังแจ๋ว
4. คู่มือการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
5. เกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ
6. Application สมุดสุขภาพประชาชน (Health for You : H4U)

ตัวชี้วัดย่อยที่ 14.2. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (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

องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย

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

องค์ประกอบที่ 2 ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)

องค์ประกอบที่ 3 มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่

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

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

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

- กลุ่มติดเตียงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน
- กลุ่มติดบ้านมาเป็นกลุ่มสังคม

องค์ประกอบที่ 6 มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประกอบด้วย

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

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 : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย
2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)
3. การรายงานผลการประเมินตำบลคุณภาพผ่านเกณฑ์ทั้งพื้นที่ใหม่/ พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE–Accreditation) ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

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

****หมายเหตุ :** ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัย และระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)

สูตรการคำนวณ = (A/E) x 100

A = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2565

B = จำนวนตำบลใหม่ที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2565

C = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินปีงบประมาณ 2559 – 2564

D = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินและรับรองซ้ำ (RE–Accreditation) ในปีงบประมาณ 2565

E = จำนวนตำบลทั้งหมด

**หมายเหตุ A = (B+C+D)

ระยะเวลาการประเมินผล

รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2564 – เดือนมีนาคม 2565)

รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2565)

เกณฑ์การประเมินผล

รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2564 – เดือนมีนาคม 2565)

<u>ระดับจังหวัด</u>

ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤90	92	94	96	≥98

<u>ระดับอำเภอ</u>

1. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (1.5 คะแนน)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤90	92	94	96	≥98

2. มีการจัดทำบันทึกฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ครอบคลุมทุกตำบล (0.5 คะแนน)

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
จัดทำบันทึกฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ครอบคลุมทุกตำบล ร้อยละ 80	ร้อยละ	≤49	50-59	60-69	70-79	≥80

3. ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ ร้อยละ 90 (0.5 คะแนน)

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	ร้อยละ	≤59	60-69	70-79	80-89	≥90

รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2565)

<u>ระดับจังหวัด</u>

ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤90	92	94	96	≥98

<u>ระดับอำเภอ</u>

1. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (1.5 คะแนน)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤90	92	94	96	≥98

2. มีการจัดทำบันทึกฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ครอบคลุมทุกตำบล (0.5 คะแนน)

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
จัดทำบันทึกฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ครอบคลุมทุกตำบล ร้อยละ 80	ร้อยละ	≤59	60-69	70-79	80-89	≥90

3. ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ ร้อยละ 90 (0.5 คะแนน)

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	ร้อยละ	≤64	65-74	75-84	85-94	≥95

วิธีการประเมินผล

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

เอกสารสนับสนุน

- Blue Book Application กรมอนามัย
- คู่มือแนวทางการใช้ Blue Book Application กรมอนามัย
- คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย
- โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (3C) กรมอนามัย /สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- คู่มือการใช้โปรแกรม Long Term Care (3C)
- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager /Caregiver กรมอนามัย
- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager /Caregiver กรมอนามัย

- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามหลักสูตรนักบริบาลท้องถิ่น (Care Community)
- คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community)
- สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
- กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว
- แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยาว
- คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 15. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

15.1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

15.2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
****หมายเหตุ :** ตัวชี้วัดสำหรับโรงพยาบาลบึงกาฬ และ โรงพยาบาลเซกา

คำนิยาม

คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด)

กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (1) หรือภาวะพลัดตกหกล้ม (2)

การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม

จำนวนโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป มีทั้งหมด 211 โรงพยาบาล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
-	ร้อยละ	เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2565	เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2565	เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2565

เกณฑ์เป้าหมาย

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

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

2. สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website : http://agingthai.dms.moph.go.th)

สูตรการคำนวณ

ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

= (A/B) x100

ตัวชี้วัด 2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

= (C/D) x100

A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม

ระยะเวลาการประเมินผล

รายงานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับจังหวัด

ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

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

ระดับอำเภอ

ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

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

Small Success ปี 2565

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
● การจัดทำคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ● การจัดทำระบบรายงานผลการประเมินผ่าน website ● อบรมแนวทางการดำเนินงานและการลงบันทึกข้อมูล	● โรงพยาบาลเป้าหมายทำการรายงานผล <u>รอบที่ 1</u> โดยผ่าน website คลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ ● สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุติดตาม กำกับดูแล โรงพยาบาลให้ประเมินได้ตามเป้าหมาย	● โรงพยาบาลเป้าหมายทำการรายงานผล <u>รอบที่ 2</u> โดยผ่าน website คลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ ● สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุติดตาม กำกับดูแล โรงพยาบาลให้ประเมินได้ตามเป้าหมาย	● โรงพยาบาลเป้าหมายทำการรายงานผล <u>รอบที่ 3</u> โดยผ่าน website คลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ ● สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวมประเมินผลและออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ ● สรุปผลการดำเนินงานและวางแผนการดำเนินงานสำหรับปีงบฯ 2565 ● จัดกิจกรรมสรุปผลการดำเนินงาน

วิธีการประเมินผล

1. ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
2. เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต

เอกสารสนับสนุน

1. คู่มือการลงบันทึกคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
2. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes)
3. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ
4. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

5. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยายฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก website : http://agingthai.dms.moph.go.th

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 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : **16.** ระดับความสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก
ค่าน้ำหนัก : 3
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 2560 – 2564 (ข้อมูลจากรายงาน 506) ในช่วงเวลาเดียวกัน

3. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่เดือนมกราคม – สิ้นเดือนก่อนเดือนที่มีการประเมิน x 100,000/จำนวนประชากรกลางปี 2564

4. อัตราตายโรคไข้เลือดออก หมายถึง จำนวนผู้เสียชีวิตโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่เดือนมกราคม–สิ้นเดือนก่อนเดือนที่มีการประเมิน x 100,000/จำนวนประชากรกลางปี 2564

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 หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
1.อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกร้อยละ 15 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง 2.ไม่มีอัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก	ร้อยละ	เพิ่มขึ้นร้อยละ 204.21(ไม่ผ่าน) 4 ราย(ไม่ผ่าน)	เพิ่มขึ้นร้อยละ 70(ไม่ผ่าน) 0 ราย(ผ่าน)	ลดลงร้อยละ 85.33(ผ่าน) 0 ราย(ผ่าน)

เกณฑ์เป้าหมาย อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกร้อยละ 15 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 1.ทีมปฏิบัติการควบคุมโรค 8 อำเภอ ของจังหวัดบึงกาฬ

วิธีจัดเก็บข้อมูล : โปแกรมรายงานโรค R 506 ของกองระบาดวิทยา และโปแกรมรายงานโรค R 506 Dashboard ของเขตสุขภาพที่ 8

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1. อัตราป่วย = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก} \times 100{,}000}{\text{ประชากรกลางปี 2564}}$

2. ค่าเป้าหมายลดโรค = $\frac{(\text{ค่ามัธยฐานปี (60-64)} - \text{อัตราป่วยปี 65}) \times 100}{\text{ค่ามัธยฐานปี 60-64}}$

ระยะเวลาการประเมินผล ติดตามผล

รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565

รอบที่ 2 : มีนาคม 2565 – สิงหาคม 2565

เกณฑ์การประเมินผลกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 คะแนน	2 คะแนน	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
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 ดังนี้

วิธีการประเมินผล รอบที่ 1 และ รอบที่ 2

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
1	**ระบบงาน** -มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ -มีการจัดทำข้อมูลสถานการณ์ไข้เลือดออกระดับตำบล/อำเภอ พร้อม mapping ผู้ป่วยไข้เลือดออก -มีแผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	เอกสารตามรายการเช็คลิสท์
2	**บุคลากร** -บุคลากรสาธารณสุขในทุกหน่วยบริการสาธารณสุข ได้รับการประชุม/อบรมเรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมและรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก	รูปภาพกิจกรรมการอบรม
3	**กิจกรรมควบคุมโรค** -มีการรณรงค์สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและประเมินความรอบรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชน - มีการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายและกำจัดให้ไม่เกินค่ามาตรฐาน - ชุมชน/หมู่บ้านมีค่า HI < 10 - โรงเรียน หน่วยงาน องค์กร ภาครัฐ ภาคเอกชน มีค่า CI = 0 - โรงพยาบาลภาครัฐมีค่า CI = 0	-รูปภาพกิจกรรมผลการประเมินความรอบรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชน - แบบรายงานค่า HI CI - แบบรายงานกิจกรรมจิตรอาสาการทำลายแหล่งเพราะพันธ์ยุงลายประจำเดือน - รายงานการควบคุมสอบสวนโรคโปรแกรม R 506 Dashboard - รายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้น

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
	- มีการแจ้ง/รายงานให้ทีมปฏิบัติการควบคุมโรค ออกดำเนินการสอบสวน ป้องกันและควบคุมโรคตามมาตรฐาน 331 - มีรายงานการสอบสวนโรค	
4	**การรักษาพยาบาล** -ผู้ป่วยไข้เลือดออกได้รับการวินิจฉัย และได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน -ไม่มีผู้ป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก	-CPG มาตรฐานการรักษาโรคไข้เลือดออก -รายงานการตายด้วยโรคไข้เลือดออกโปรแกรม 506
5	**อัตราป่วย** -อัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกลดลง ≥ ร้อยละ 15 ของค่ามัธยฐานปี 2560-2564	ข้อมูลสรุปรายการ

หมายเหตุ อำเภอใดไม่มีผู้ป่วย จะประเมินกิจกรรมขั้นตอนที่ 1–3 ให้ 5 คะแนน

เอกสารสนับสนุน :

1. แผนงาน/โครงการ
2. คำสั่ง/รายงานการประชุม/การอบรม
3. บันทึกกิจกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
4. ทะเบียนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก/ บันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย/การส่งต่อผู้ป่วย
5. บันทึกการให้สุขศึกษา/ประชาสัมพันธ์/ภาพกิจกรรมการรณรงค์/การดำเนินงาน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายยุทธภูมิ มาศขาว นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์ 042-492046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 062 –1372258
e-mail : dc.bkpho@gmail.com

2. นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1263 6670
e-mail : korror_bk@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด : (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด **17.** ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
ค่าน้ำหนัก 2.5
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม

1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก

2. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและกระบวนการคัดกรองโรคในผู้เดินทางเข้ามาแต่ละอำเภอ หมายถึง กระบวนการคัดกรองผู้เดินทางเข้ามาในพื้นที่อำเภอรับผิดชอบได้รับการแยกกัก/กักกัน (1) คัดกรองทาง Clinical อาการ/อาการแสดง และอุณหภูมิร่างกาย หรือ (2) คัดกรอง ด้วย RT-PCR หรือ Rapid Antigen test และ (4) ตรวจสอบ Vaccine Certificate

3. ห้องปฏิบัติการในจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน หมายถึง จำนวนห้องปฏิบัติการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่สามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อ ได้ใน 1 วัน เป็นการตรวจพันธุกรรมด้วยวิธี RT-PCR

<u>ยกเว้น</u>

1) กรณีผลกำกวม อาจมีการส่งต่อห้องปฏิบัติการอื่น ซึ่งจะใช้เวลามากกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีการประสานรายงานเบื้องต้นไปก่อน

2) กรณีเฝ้าระวังหรือการตรวจตามนโยบายอื่นๆ ที่ส่งผลให้มีจำนวนตัวอย่างมาครั้งละมากๆ เกินขีดความสามารถในการบริการปกติ

4. ประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย หมายถึง ประชาชนที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนรวมตัวกัน/สถานที่แออัด เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 มากกว่าร้อยละ 85 และมีการประเมินมาตรการ DMHTTA

5. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการประเมินและคัดกรองด้านสุขภาพจิต ใน 4 ประเด็นปัญหา (St B Su D : Stress, Burnout, Suicide, Depression) ได้แก่ ภาวะเครียด (stress) ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (Burnout) เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicide) และภาวะซึมเศร้า (depression) จากการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยการค้นหา คัดกรองเชิงรุก (Active Screening)จาก Application Mental Health Check-in และมีผลคะแนนจากการประเมิน/คัดกรอง ดังนี้

1) แบบประเมินความเครียด (ST-5) ≥ 8 คะแนน

2) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ≥ 7 คะแนน หลังผลการประเมิน 2Q เป็นบวก

3) แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ≥ 1 คะแนน

4) แบบประเมินภาวะหมดไฟ (Burnout) ≥3 คะแนน ได้รับการดูแล และเยียวยาจิตใจ ตามกระบวนการดูแลช่วยเหลือทางจิตใจที่มีหลักฐานทางวิชาการ เช่น การปฐมพยาบาลด้านจิตใจ (PFA) การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือจิตใจในภาวะวิกฤต (Crisis Intervention) Grief counselling Satir เป็นต้น รวมถึงการส่งพบจิตแพทย์ หรือระบบบริการตามปัญหาสุขภาพจิตที่พบ โดยมีช่องทางการ

ให้บริการด้านสุขภาพจิตทั้งระบบออนไลน์และระบบปกติ หรือการประสาน ส่งต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตามปัญหาของแต่ละบุคคล

6. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง ประชากรทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในจังหวัดบึงกาฬได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างน้อยร้อยละ 70

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	ร้อยละ	-	-	ร้อยละ 100
ควบคุมอัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทั้งจังหวัด	<ร้อยละ 1.55	-	-	0.76
ประชากรทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในจังหวัดบึงกาฬได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	≥ร้อยละ 70	-	-	-

เกณฑ์เป้าหมาย :

1) เพื่อให้อำเภอมีความพร้อมรับมือการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

2) เพื่อควบคุมอัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดบึงกาฬต่ำกว่าร้อย 1.55

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 8 อำเภอ ของจังหวัดบึงกาฬ

แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. เอกสารอิเล็กทรอนิกส์
2. ใช้ข้อมูลจาก CO-LAB2
3. สื่อประชาสัมพันธ์ สื่อสารให้ประชาชนร่วมตอบแบบสำรวจออนไลน์ อนามัยโพล : การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด 19 คือ Platform “Thai stop COVID”
4. ข้อมูลการติดตามกลุ่มเสี่ยง จากโปรแกรม Mental Health Check-in

สูตรการคำนวณ

1) ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) = จำนวนอำเภอที่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด ครบทั้ง 4 ประเด็น ตามเกณฑ์การประเมิน และมีคะแนนผลสำเร็จอยู่ในระดับดีมาก*100/ จำนวนอำเภอ

2) อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของจังหวัดบึงกาฬ = (จำนวนผู้ป่วยตาย/จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด)*100

3) ประชากรทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในจังหวัดบึงกาฬได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 = (ปชก.ที่ได้รับวัคซีน/ปชก.ทั้งหมดในจังหวัดบึงกาฬ)*100

ระยะเวลาการประเมินผล : รอบ 6 เดือน, รอบ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล :

ที่	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	คะแนน	เป้าหมายดำเนินการ	
			6 เดือน	12 เดือน
1	ร้อยละของผู้เดินทางเข้ามาในพื้นที่อำเภอรับผิดชอบ เข้ารับการแยกกัก/กักกันและผู้ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยันถูกส่งเข้าระบบป้องกันควบคุมโรค (แยกกัก/กักกัน)	5	✓	✓
2	ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	5	✓	✓
3	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	5	✓	✓
4	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ	5	✓	✓
	คะแนนเต็ม	**20**		

1. เงื่อนไขการให้คะแนน รอบ 6 เดือน

ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	ร้อยละของผู้เดินทางเข้ามาในพื้นที่อำเภอรับผิดชอบ เข้ารับการแยกกัก/กักกัน	< ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 75	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90
2	จำนวนตัวอย่างที่แจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	≤ ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90
3	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85
4	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ	≤ ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 55

2. เงื่อนไขการให้คะแนน รอบ 12 เดือน

ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	ร้อยละของผู้เดินทางเข้ามาในพื้นที่อำเภอรับผิดชอบ เข้ารับการแยกกัก/กักกัน	< ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 75	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90
2	จำนวนตัวอย่างที่แจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	≤ ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90
3	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85
4	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ	≤ ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80

ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
<ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90

วิธีการประเมินผล

ที่	ตัวชี้วัด	วิธีการประเมิน
1	ร้อยละของผู้เดินทางเข้ามาในพื้นที่อำเภอรับผิดชอบ เข้ารับการแยกกัก/กักกัน	เอกสารอิเล็กทรอนิกส์
2	จำนวนตัวอย่างที่ได้รับแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ **<u>เอกสารหลักฐาน</u> :** รายงานผลจากระบบ CO-LAB2
3	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	สื่อประชาสัมพันธ์ **<u>เอกสารหลักฐาน</u>** รายงานผลการสำรวจอนามัยโพล
4	ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ	เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ รวบรวมข้อมูลผ่าน ข้อมูลการติดตามกลุ่มเสี่ยง จากโปรแกรม Mental Health Check-in
5	ประชากรทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในจังหวัดบึงกาฬได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างน้อยร้อยละ 70	ระบบ MOPH IC

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. นางนันทิกานต์ สุวะมาตย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1058 3796
e-mail : dc.bkpho@gmail.com

3. นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1263 6670
e-mail : korror_bk@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด : (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 18. ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน
ค่าน้ำหนัก 3
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม

1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก

2. อำเภอสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21 - 28 วัน หมายถึง ณ วันที่มีรายงานพบผู้ป่วยได้รับการยืนยันเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกของเหตุการณ์ (Event) เมื่อติดตามสถานการณ์ไป 28 วันแล้ว หลังจากนั้นไม่พบผู้ป่วยยืนยันรายใหม่เกิดขึ้น

หมายเหตุ : อำเภอสามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกเหตุการณ์ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน โดยดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ประเด็น เพิ่มศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคโควิด 19

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน	ร้อยละ	-	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

เกณฑ์เป้าหมาย : เพื่อให้อำเภอมีความพร้อมรับมือการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 8 อำเภอ ของจังหวัดบึงกาฬ
แหล่งข้อมูล/วิธีจัดเก็บข้อมูล : เอกสารอิเล็กทรอนิกส์
สูตรการคำนวณ

A = จำนวนเหตุการณ์ (Event ที่สามารถควบคุมการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน ที่ได้รับรายงานเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

B = จำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับแจ้งทั้งหมด ที่
ระยะเวลาการประเมินผล : รอบ 6 เดือน, รอบ 12 เดือน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x 100

เกณฑ์การประเมินผล : ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95

วิธีการประเมินผล : ตรวจสอบจำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจำนวนอำเภอสามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน จากฐานข้อมูลเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางสาววิลัยวรรณ ปัดถา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 06 5945 5638
e-mail : dc.bkpho@gmail.com
2. นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1263 6670
e-mail : korror_bk@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1.การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 19. ร้อยละผลการดำเนินงานการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
ค่าน้ำหนัก 2.5
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
เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง หมายถึง เครื่องสำอางที่จดแจ้งในประเภทบำรุงผิวที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผิวขาว กระจ่างใส ปัญหาสิว ฝ้า กระจุดด่างดำและฉลากกล่าวอ้างสรรพคุณเกินจริง หรือเครื่องสำอางที่มีลักษณะทางกายภาพสีเข้ม/ฉูดฉาด
ผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์เพื่อสุขอนามัยมือ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบโดยอยู่ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สารละลาย (solution), เจล (gel) และ สเปรย์ (spray) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความสะอาดมือโดยไม่ใช้น้ำ และควรมีปริมาณแอลกอฮอล์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 โดยปริมาตร (volume by volume)
อาหารกลุ่มเสี่ยง หมายถึง อาหารที่เสี่ยงต่อการมีคุณภาพไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ได้แก่ อาหารที่เสี่ยงพบการปลอมปน สารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสรรถภาพทางเพศ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแข็ง อาหารสด
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Dietary Supplement) หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ใช้รับประทาน นอกเหนือจากการรับประทานอาหารตามปกติ ซึ่งมีสารอาหารหรือสารอื่นเป็นองค์ประกอบ มักอยู่ในรูปของเม็ด แคปซูล ผง เกล็ด ของเหลว หรือลักษณะอื่น ซึ่งมิใช่รูปแบบอาหารปกติ สำหรับผู้บริโภคที่หวังประโยชน์ทางด้านส่งเสริมสุขภาพ
น้ำตู้หยอดเหรียญ หมายถึง สถานที่ที่ผลิตน้ำ บริโภคบรรจุขวดหรือใส่ภาชนะต่างๆ หรือผลิตภัณฑ์สำหรับติดตั้งกับท่อจ่ายน้ำ เพื่อปรับปรุงคุณภาพน้ำให้สะอาด ไว้สำหรับบริการผู้บริโภค โดยมีการจำหน่ายหรือจ่ายเงินเป็นค่าน้ำบริโภค ณ สถานที่ผลิต โดยผ่านเครื่องอัตโนมัติ
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.		
		2562	2563	2564
ร้อยละผลการดำเนินงานการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด	ร้อยละ	78.13	78.80	76.69

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 2564 – 31 มีนาคม 2565 ประเมินกิจกรรมที่ 1 - 6

2.การประเมินรอบที่ 2 : 1 เมษายน 2565 – 30 กันยายน 2565 ประเมินกิจกรรมที่ 1 - 6

เกณฑ์การประเมินผล

กำหนดเป็นกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมนั้น จะได้คะแนนในกิจกรรมนั้น ดังนี้

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

คำอธิบาย

กิจกรรมที่	รายละเอียด	คะแนน
1	1.1 จัดทำข้อมูลสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประกอบด้วยชื่อผู้ประกอบการ/ที่อยู่/เบอร์โทรศัพท์ ครบถ้วนทุกแห่งและเป็นปัจจุบัน - ฐานข้อมูลร้านขายยา 1 คะแนน - ฐานข้อมูลสถานพยาบาล 1 คะแนน - ฐานข้อมูลนมโรงเรียน 5 คะแนน - ฐานข้อมูลสถานที่ผลิตอาหาร/น้ำดื่มประชารัฐ 2 คะแนน 1.2 จัดทำฐานข้อมูลผู้รับผิดชอบงาน คบส. ระดับอำเภอ และรพ.สต. (รายชื่อ/เบอร์โทรศัพท์/อีเมลล์) ครบถ้วน/เป็นปัจจุบัน 1 คะแนน	10
2	มีแผนงาน/โครงการ เกี่ยวกับงาน คบส. ครบถ้วน 5 คะแนน	5
3	3. มีการตรวจเยี่ยม/เฝ้าระวังสถานประกอบการพร้อมส่งแบบตรวจ โดยคิดร้อยละจากจำนวนสถานประกอบการที่มีแบบตรวจ 3.1 ตรวจเยี่ยม/เฝ้าระวังร้านขายยาและร้านขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรทุกแห่งในอำเภอตามแบบฟอร์มที่กำหนด 10 คะแนน 3.2 ตรวจเยี่ยมสถานที่ผลิตอาหารตามมาตรฐาน GMP/OTOP ทุกแห่งในอำเภอตามแบบฟอร์มที่กำหนด 10 คะแนน 3.3 ตรวจเยี่ยมโรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็กตามมาตรฐานระบบ Cold chain (นมโรงเรียน) ทุกแห่งในอำเภอตามแบบฟอร์มที่กำหนด 10 คะแนน 3.4 ตรวจเยี่ยม/เฝ้าระวังสถานพยาบาลทุกแห่งในอำเภอตามแบบฟอร์มที่กำหนด 5 คะแนน	35
4	เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงกลุ่มเสี่ยงส่งผลตรวจวิเคราะห์ตามเป้าหมายที่กำหนด - ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร อำเภอละ 2 ตัวอย่าง (ส่งศูนย์วิทยฯ) 10 คะแนน - ยาแผนโบราณ/ยาลูกกลอน/ยาชุด/ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ที่สงสัยว่าปนเปื้อนสเตียรอยด์ อำเภอละ 10 ตัวอย่าง (Test Kit) 5 คะแนน - เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง อำเภอละ 10 ตัวอย่าง (Test Kit) 5 คะแนน - ผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์เพื่อสุขอนามัยมือ อำเภอละ 1 ตัวอย่าง (ส่งศูนย์วิทยฯ) 5 คะแนน - อาหารสดส่งตรวจ mobile unit ตามเป้าหมายที่กำหนด 5 คะแนน - น้ำดื่มประชารัฐ/น้ำตู้หยอดเหรียญตรวจด้วยชุดอ.11 ทุกแห่ง 10 คะแนน	40
5	ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยได้รับการดำเนินการจัดการ - มีการดำเนินการตามแนวทาง Compliance policy จังหวัดบึงกาฬ ในทุกกรณีที่พบความไม่ปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสรุปผลการดำเนินการ 5 คะแนน	5
6	สรุปผลการตรวจสอบสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ รูปภาพ พร้อมทั้งปัญหาที่พบแนวทางการแก้ไขและข้อเสนอแนะ 5 คะแนน	5
	คะแนนรวม	100

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 : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด : ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด :20. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
ค่าน้ำหนัก: 2.5
หน่วยการวัด: ร้อยละ
คำนิยาม

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

คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้

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

อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	จำนวน	8	8	8

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

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

เกณฑ์เป้าหมาย : 75 %

ประชาก

ข้อมูล : การรายงาน/การประเมิน

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A จากสำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล

2.รายงานข้อมูล B .....

ระยะเวลาการประเมินผล : รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565

: รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565

เกณฑ์การประเมินผล

: รอบที่ 1 พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพผ่านเกณฑ์ 3 ขั้นตอน

: รอบที่ 2 พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน

เกณฑ์การให้คะแนนระดับการพัฒนา พชอ.

: รอบที่ 1 ประเมิน 3 ขั้นตอน

: รอบที่ 2 ประเมิน 5 ขั้นตอน

ระดับคะแนน	ระดับค่าคะแนน 1	ระดับคะแนน 2	ระดับคะแนน 3	ระดับคะแนน 4	ระดับคะแนน 5
ระดับการพัฒนา	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5

	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	
		รอบ 1	รอบ 2
1	- มีการสรรหาแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามเกณฑ์ 8:6:7 อย่างโปร่งใสเป็นธรรม - มีวาระการประชุมคณะกรรมการ พชอ.	1	1
2	- มีสรุปการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่ สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมา ดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น - มีอนุกรรมการ พชอ. ระดับอำเภอ รองรับการจัดการประเด็นปัญหา เพื่อ	3	2
3	- มีการดำเนินการการบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการ และมีส่วนร่วมของทุกภาค ส่วน - มีการประเมินตนเอง 2 ประเด็นที่เข้าสู่กระบวนการพัฒนาเพื่อหา โอกาสพัฒนาโดยใช้ UCCARE คืนข้อมูลการประเมินตนเองในวาระ การประชุมคณะกรรมการเพื่อระดมแนวคิดแก้ไขปัญหา - มีแผนการพัฒนาที่สามารถปฏิบัติร่วมกันได้และนำสู่ผลลัพธ์	5	3
4	ผลการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 1 ประเด็น (ประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด)		4
5	ผลการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 2 ประเด็น (ประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด)		5

วิธีการประเมินผล

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

เอกสารสนับสนุน

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นายวรวุฒิ แสงเพชร **ตำแหน่ง** : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ **โทรศัพท์มือถือ** :08-7223-6000

เกณฑ์การให้คะแนนตามแนวทาง UCCARE

UCCARE	ระดับคุณภาพ 1, 2, 3, 4, 5				
	1. เริ่มมีแนวทาง	**2. เริ่มดำเนินการ**	**3. ดำเนินการเป็นระบบและหรือครอบคลุม**	**4. เรียนรู้**	**5. บูรณาการ**
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกันเป็น ทีมในบางประเด็น	เป็น Cross functional team ระหว่างฝ่าย/คิดวางแผนและดำเนินการร่วมกันระหว่างฝ่าย	Fully integrate เป็นโครงข่ายทีมเดียวกัน (ทั้งแนวราบ แนวนอน)	ชุมชนภาคีภาคส่วนต่างๆ ร่วมเป็นเครือข่ายในทีม
Customer Focus	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและชุมชน	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและชุมชนที่หลากหลาย	นำความต้องการของประชาชนและชุมชนมาปรับปรุงระบบการทำงาน	นำความต้องการของชุมชนมาปรับปรุงระบบงานและมีการขยายแลกเปลี่ยนเรียนรู้	นำความต้องการของชุมชนเปลี่ยนระบบงานที่ตอบสนองกับภาระกิจของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อย่างเหมาะสม
Community Participation	มีแนวทางในการรับรู้และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชน	เริ่มดำเนินการสร้างการรับรู้และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชน	ชุมชนเริ่มมีส่วนร่วมคิดในการดำเนินการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น อย่างขยายวงกว้าง	ชุมชนร่วมวางแผนมีแนวทางชัดเจนว่าจะดำเนินการเมื่อไหร่อย่างไรใครมี ส่วนร่วม	ชุมชนเข้ามาร่วมประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
Appreciation & Human Resource	มีแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคลากร	เริ่มดาเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคลากร	ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ	เครือข่ายบริการปฐมภูมิมีการเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็น	สร้างวัฒนธรรมองค์กรให้บุคลากรมีความภาคภูมิใจและรับรู้คุณค่าในงานของตนเอง
Resource Sharing	มีแนวทาง/วิธีการในการสนับสนุนการใช้ทรัพยากรและแนวทางของระบบสนับสนุนบริการปฐมภูมิ	เริ่มมีการวางแผนร่วมกันในบางประเด็น หรือบางระบบ	มีการนำข้อมูลจากทุกหน่วยงานมาทำแผนและมีการดำเนินการเพื่อสนับสนุนให้บรรลุตามพันธกิจขององค์กร	มีการทบทวนและปรับการใช้ทรัพยากรทีเหมาะสม/อย่างมีเงื่อนไข (ปรับเปลี่ยนทรัพยากร)	มีการใช้ทรัพยากรโดยยึด mission ขององค์กร (ไม่มีกำแพงกั้น) และ/หรือมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชน
Essential Care	เริ่มมีแนวทางในการจัดบริการตามบริบท ตามความต้องการของชุมชน	มีการดำเนินการในบางส่วน	มีการขยายการดำเนินงานในส่วนอื่นๆ	มีการนำความต้องการของชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ มาปรับปรุงกระบวนการ	ชุมชน กลุ่มประชากรเปาหมาย มีการแบ่งปันและใช้ทรัพยากรร่วมกันตามบริบท

ยุทธศาสตร์ที่ 1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 21. ระดับการเข้าถึงสื่อสุขภาพในประเด็นหมู่บ้านบึงกาฬ 5 ดี (Buengkan5G^{PLUS} : BK5G^{+})
ค่าน้ำหนัก 3
หน่วยการวัด ระดับ
คำนิยาม

-สื่อออนไลน์ คือ ระบบการสื่อสารที่หน่วยงานหรือหน่วยบริการสนับสนุนผ่านระบบอินเตอร์เน็ต อาทิ เช่น Zoom Meeting หรือ FB Live หรือ Line Video Call /Line Live อื่นตามความเหมาะสม

-ช่องทางสื่อสาร คือ วิธีการแจ้งข่าว รายบุคคล รายกลุ่ม เอกสาร แผ่นพิมพ์ ป้าย เสียงหอกระจายข่าว รถแห่ วิทยุ รวมช่องทางสื่อออนไลน์ต่างๆ

-การนำเสนอ คือ การพูดบรรยาย เล่าเรื่อง ป้าย แผ่นพับ การแสดง ภาพเสียงแสง คลิปวีดีโอ หรือรูปแบบอื่นใด ที่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพแก่เป้าหมายตามประเด็นยุทธศาสตร์ BK5G^{+}

-SMCR คือ หลักทฤษฎีสื่อสาร ประกอบด้วย Source(S)ผู้ส่งสารมีอิทธิพลต่อความน่าเชื่อถือ Massage(M)เนื้อหาถูกต้องแหล่งข่าวตรวจสอบข้อเท็จจริง Channel(C)ช่องทางส่งข่าวที่เหมาะสม Receiver(R) ผู้รับสารมีความพร้อมและรับสื่อเหมาะสม

-กระบวนการสร้างสื่อชุมชน(STEP^{+}) คือ ประยุกต์กระบวนการออกแบบสื่อเพื่อการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายโดยชุมชน ประกอบด้วย <u>นโยบาย</u>สื่อของผู้นำหรือหน่วยงาน ใช้<u>ข้อมูลสุขภาพ</u>จัดหา<u>งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือสนับสนุน</u> นำเสนอ<u>โครงการ/แผนงาน</u>การสร้างสื่อแก่ท้องถิ่นหรือหน่วยงานเกี่ยวข้อง <u>ร่วมกันออกแบบสื่อ ตามหลัก SMCR</u> ในหมู่บ้านใช้ในกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพ เกิด<u>แนวทางการแก้ไขปัญหาใหม่ๆ</u> <u>เป็นผลสำเร็จ</u> ตามประเด็นยุทธศาสตร์

-PLUS(+) คือ ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนประเด็นยุทธศาสตร์ที่ช่วยในการสื่อสารโดยการสร้างบุคคลต้นแบบด้านการสื่อสาร ใช้หลักการสื่อสาร SMCR สามารถนับจำนวนคนได้ (P:Personnal digit) ด้วยช่องทางการสื่อสาร ที่ออกแบบการเรียนรู้ร่วมกันสม่ำเสมอในด้านปัญหาสุขภาพ (L:Learn regularly) ตรงตามกลุ่มเป้าหมายให้เข้าถึงสื่อสุขภาพแนวทางเดียวกัน ตามประเด็น Buengkan5G^{PLUS} (U: Unity data/news) เกิดแนวทางใหม่ๆ / นวัตกรรมสื่อสุขภาพในหมู่บ้าน และคืนข้อมูลข่าวสารสุขภาพ แก่ สมาชิก อสม./ผู้นำชุมชน /สมาชิก อบต./เทศบาล (S) เพื่อเป็นแกนหลักสำคัญและยืนยันว่าสื่อจะไปถึงกลุ่มเป้าหมาย ให้บรรลุการแก้ไขปัญหาตามประเด็น

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
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)

เกณฑ์เป้าหมาย

หมู่บ้านอย่างน้อย 1 หมู่บ้าน ผ่าน ระดับการเข้าถึงสื่อสุขภาพในประเด็นหมู่บ้านบึงกาฬ 5 ดี (Buengkan5G^{PLUS}) ครบ 5 ขั้นตอน ดังนี้

-ขั้น 1 มีบุคคลต้นแบบด้านการสื่อสาร ใช้หลักการสื่อสาร SMCR ได้ (P) อย่างน้อย 2 คนต่อหมู่บ้าน

-ขั้น 2 มีช่องทางการสื่อสาร ออกแบบการเรียนรู้ร่วมกันสม่ำเสมอในด้านสุขภาพ (L) อย่างน้อย 1 ช่องทาง

-ขั้น 3 มีกลุ่มเป้าหมายการเข้าถึงสื่อสุขภาพแนวทางเดียวกัน ตามประเด็น Buengkan5G^{PLUS} (U) ค่าเฉลี่ย ระดับดี มากกว่าร้อยละ 70 ขึ้นไป

-ขั้น 4 มีแนวทางใหม่ๆ / นวัตกรรมสื่อสุขภาพในหมู่บ้าน อย่างน้อย 1 แนวทาง/นวัตกรรม และ

-ขั้น 5 คืนข้อมูลข่าวสารสุขภาพ แก่ สมาชิก อสม./ผู้นำชุมชน /สมาชิก อบต./เทศบาล (S) สามารถเข้าถึงสื่อ ร้อยละ 70 ขึ้นไป

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

-ประชาชนทั่วไป ตามกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่มวัย ใน 1)<u>หมู่บ้านเป้าหมายจากการสุ่มตัวอย่าง</u> และ 2) <u>หมู่บ้านชี้เป้าหมาย</u>โดยคณะกรรมการประสานสาธารณสุขสุขอำเภอ(คปสอ.)

-สมาชิก อสม./ผู้นำชุมชน /สมาชิก อบต./เทศบาล หรือ หัวหน้าครัวเรือน

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1.แบบเชิงคุณภาพ สังเกตการณ์ จากการติดตามในพื้นที่ เก็บข้อมูลเชิงประจักษ์ การออกแบบสื่อของชุมชน ตามกระบวนการสร้างสื่อชุมชน STEP^{+}

2.แบบเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามการเข้าถึงสื่อ ตามหลักการสื่อสาร SMCR ในประเด็นยุทธศาสตร์ Buengkan5G^{PLUS} โดยเนื้อหาคำถามให้สอดคล้องกับสื่อเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาพฤติกรรมก่อโรค

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

-ขั้น 1,2,4 ใช้สำรวจแบบ Snow ball สถานการณ์เชิงประจักษ์ ลงพื้นที่เยี่ยมติดตามสำรวจ

-ขั้น 3 กลุ่มเป้าหมายการเข้าถึงสื่อสุขภาพแนวทางเดียวกัน ตามประเด็น Buengkan5G (U) ระดับดี มากกว่าร้อยละ 70 ขึ้นไป

A= จำนวนระดับ(น้อย ปานกลาง ดี)ผู้เข้าถึงสื่อ

B= จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม(อย่างน้อย 30 คน)

สูตร (A/B)x100

-ขั้น 5 คืนข้อมูลข่าวสารสุขภาพ แก่ สมาชิก อสม./ผู้นำชุมชน /สมาชิก อบต./เทศบาล (S) สามารถเข้าถึงสื่อ ร้อยละ 70 ขึ้นไป

A= จำนวนสมาชิก อสม./ผู้นำชุมชน /สมาชิก อบต./เทศบาลในหมู่บ้านตอบแบบสอบถามเข้าถึงสื่อ

B=จำนวนสมาชิก อสม./ผู้นำชุมชน /สมาชิก อบต./เทศบาลในหมู่บ้าน (ไม่พอ เพิ่มหัวหน้าครัวเรือน)

สูตร (A/B)x100

ระยะเวลาการประเมินผล รอบแรก เดือนธันวาคม 2564 - มีนาคม 2565
รอบสอง เดือนมิถุนายน 2565

เกณฑ์การประเมินผล

รอบแรก เดือนธันวาคม 2564 - มีนาคม 2565

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
-	-	ผ่านขั้น 1	ผ่านขั้น1 และ2	ผ่านขั้น2 และ3

รอบแรก เดือนมิถุนายน 2565

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ผ่านขั้น 1	ผ่านขั้น1 และ2	ผ่านขั้น2 และ3	ผ่านขั้น3 และ4	ผ่านขั้น4 และ5

วิธีการประเมินผล

-ระยะ 6 เดือนแรก สุ่มประเมิน อำเภอละ 1 หมู่บ้าน ชี้เป้าหมาย 1 หมู่บ้าน อย่างน้อย ผ่านขั้น 3
-ระยะ 12 เดือน สุ่มประเมิน อำเภอละ 1 หมู่บ้าน ชี้เป้าหมาย 1 หมู่บ้านๆ เดิม ผ่านขั้น 5

เอกสารสนับสนุน

-ทฤษฎี SMCR ของเบอร์โล(Berio)
-กระบวนการ การมีส่วนร่วม (Szentendre,1970 อ้างถึงใน สถาบันพระปกเกล้า,2545:30-31)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นายประกันชัย ไกรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวฉัตริญา พรใส เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาปฏิบัติงาน
กลุ่มงานภารกิจสื่อสารและการประชาสัมพันธ์
โทร. 042 492 046 ต่อ 123

ยุทธศาสตร์ที่ 2.พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 22. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน
ค่าน้ำหนัก 2.5
หน่วยการวัด อัตราต่อพันการเกิดมีชีพ
คำนิยาม

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	<3.4 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	0.56 (2 ราย)	0.92 (3 ราย)	1.28 (4 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 2564 – มีนาคม 2565)
รอบที่ 2 6 เดือนหลัง (เมษายน 2565 – กันยายน 2565)

เกณฑ์การประเมินผล
ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
≥3.8 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	3.7 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	3.6 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	3.5 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	<3.4 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ

วิธีการประเมินผล

นิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขแต่ละอำเภอ ปีละ 2 ครั้ง

เอกสารสนับสนุน

1.แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด

2.ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1.นางสาวเพ็ญนภา พลเยี่ยม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์มือถือ : 083-9162254 E-mail : pen23993@gmail.com

2.นางสาวธัญญลักษณ์ ทอนราช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 081-6165497 E-mail : thonrach0204@gmail.com

3.นางวราภรณ์ บุญประเสริฐ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 081-9544529 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 (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (√) เชิงปริมาณ (√) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 23. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง NCD Clinic Plus ระดับดีมากขึ้นไป
ค่าน้ำหนัก 4
หน่วยการวัด ระดับ
คำนิยาม
NCD Clinic Plus เป็นการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข โดยใช้หลักการ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA ประกอบด้วย การประเมิน เชิงกระบวนการตาม 6 องค์ประกอบ และการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่สะท้อนกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลรักษาของสถานบริการสาธารณสุข และได้บูรณาการร่วมกับการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมบางส่วน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการประเมินคุณภาพการดำเนินงาน ทั้งยังเป็นการสนับสนุนการจัดบริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อให้มีคุณภาพ 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.		
		2562	2563	2564
ระดับจังหวัด				
ร้อยละโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง NCD Clinic Plus ระดับดีมากขึ้นไป ≥75% (≥6แห่ง)	ร้อยละ	50% (4/8 แห่ง)	62.5% (5/8 แห่ง)	62.5% (5/8 แห่ง)
ระดับอำเภอ				
โรงพยาบาลบึงกาฬ	ระดับ	ดีมาก	ดี	ดี
โรงพยาบาลบึงโขงหลง		พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน
โรงพยาบาลบุ่งคล้า		พื้นฐาน	ดีมาก	ดี
โรงพยาบาลปากคาด		ดีมาก	ดีเด่น	ดีมาก
โรงพยาบาลพรเจริญ		ดี	ดีมาก	ดีมาก
โรงพยาบาลศรีวิไล		ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น
โรงพยาบาลเซกา		ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
โรงพยาบาลโซ่พิสัย		ดี	พื้นฐาน	ดีมาก

เกณฑ์เป้าหมาย ระดับดีมาก

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดบึงกาฬ

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 (50คะแนน)
2. การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ (50คะแนน)

ระยะเวลาการประเมินผล ไตรมาส2 และไตรมาส4

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/home/index.php

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางกุลรภัส ภูติโส ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
2. นางพิกุลทอง สมตน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. นางสาวลดาวรรณ ช่างศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์ : 042-492045-6 ต่อ 104 โทรสาร : 0 4249 2001 Email : ncd.ssjbk@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 2.พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 24. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยไม่หมายรวมถึง ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU)

2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว โดยกำหนดคือ 5 ดาว 5 ดี โดย 5 ดี ประกอบด้วย บริหารดี ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมิน 5 หมวด คะแนนรวมร้อยละ 100 (คะแนนเต็ม 410 คะแนน) ดังนี้

หมวดที่ 1 หมวดที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการดี(25 %) (60 คะแนน)
1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมาภิบาล 5 คะแนน
1.2 แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ 10 คะแนน
1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ 40 คะแนน
1.4 การสนับสนุนทีมพี่เลี้ยง 5 คะแนน
หมวดที่ 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (15%) 5 คะแนน
หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (10%) 5 คะแนน
หมวดที่ 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัยเน้นประเด็น 4PA (30%) (299 คะแนน)
4.1 การจัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) 5 คะแนน
4.2 การจัดบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่) 30 คะแนน
4.3 การจัดบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม 5 คะแนน
4.4 การจัดบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด 10 คะแนน
4.5 การจัดบริการในชุมชน (LTC , SRRT) 10 คะแนน
4.6 การจัดบริการเภสัชกรรม RDU และ งานคุ้มครองผู้บริโภค (คบส.) 80 คะแนน
4.7 ระบบสนับสนุน (159 คะแนน)
4.7.1 ระบบ IT 54 คะแนน
4.7.2 ระบบ IC 65 คะแนน
4.7.3 ระบบ LAB 40 คะแนน
หมวดที่ 5 ผลลัพธ์(20 %) (41 คะแนน)
5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care) 16 คะแนน
5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI) 20 คะแนน (OTOP 5 คะแนน / HDC 15 คะแนน)
5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้ 5 คะแนน

เกณฑ์ให้คะแนน

รพ.สต.ระดับ 3 ดาว คะแนนรวม ร้อยละ >60- 69.99

รพ.สต.ระดับ 4 ดาว คะแนนรวม ร้อยละ >70- 79.99

รพ.สต.ระดับ 5 ดาว คะแนนรวม ร้อยละ >80 โดยคะแนนในแต่ละหมวด > ร้อยละ80

รอบที่ 1 รพ.สต. / PCU ผ่านเกณฑ์ประเมินรพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า ร้อยละ 80 ขึ้นไป (โดยทุกหมวดต้องได้คะแนน> ร้อยละ80) ร้อยละ 100 ของ เป้าหมายปีงบ ฯ 2564 ใช้ผลประเมินโดยทีมระดับอำเภอ

รอบที่ 2 รพ.สต. / PCU ผ่านเกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป (โดยทุกหมวดต้องได้คะแนน> ร้อยละ80) ร้อยละ 100 ของ เป้าหมายปีงบ ฯ 2564 รับรองโดยทีมจังหวัด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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

<u>ปีงบฯ 2564 เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางเขตจึงงดประเมิน สสจ.บึงกาฬ ใช้คะแนนประเมินตนเองส่ง สนง.เขต 8</u>

เกณฑ์เป้าหมาย

<u>ระดับ จังหวัด และ ระดับ คปสอ.</u>

หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 จำนวน 23 แห่ง และปีงบฯ 2561 จำนวน 38 แห่ง รวมทั้งสิ้น 61 แห่ง ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ร้อยละ 100

ลำดับ	คปสอ.	ผ่านรับรองปีงบ ฯ ปีงบฯ 2560	ผ่านรับรองปีงบ ฯ ปีงบฯ 2561	เป้าหมายปีงบ ฯ 2565 รวม	
		รพ.สต.	รพ.สต.	รพ.สต.	รวม
1	เมืองบึงกาฬ	3	11	14	14
2	เซกา	3	9	12	12
3	โซ่พิสัย	1	10	11	11
4	ปากคาด	1	5	6	6
5	พรเจริญ	6	-	6	6
6	ศรีวิไล	5	-	5	5
7	บึงโขงหลง	4	-	4	4
8	บุ่งคล้า	-	3	3	3
	รวม	23	38	61	61

<u>ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ(รพ.สต./PCU)</u> : ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม> ร้อยละ80 (โดยทุกหมวดต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่า 80%)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 จำนวน 23 แห่ง และปีงบฯ 2561 จำนวน 38 แห่ง รวมทั้งสิ้น 61 แห่ง

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

ระดับจังหวัด /ระดับอำเภอ

รายการข้อมูล 1 A : จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง(ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบ ฯ 2565

รายการข้อมูล 2 B : จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และปีงบฯ 2561

สูตรคำนวณ A/B x 100

ระดับ รพ.สต.

รายการข้อมูล 1 A : คะแนนที่ได้จากการประเมินตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว

รายการข้อมูล 2 B : คะแนนเต็ม 410 คะแนน

สูตรคำนวณ A/B x 100

ระยะเวลาการประเมินผล

รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565

รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับจังหวัด และระดับ คปสอ.

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง **(ประเมินใหม่)** **ระดับ** 5 **ดาว ในปีงบ ฯ** 2565 ร้อยละ 60 – 69.99
2	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง **(ประเมินใหม่)** **ระดับ** 5 **ดาว ในปีงบ ฯ** 2565 ร้อยละ 70 – 79.99
3	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง **(ประเมินใหม่)** **ระดับ** 5 **ดาว ในปีงบ ฯ** 2565 ร้อยละ 80 – 89.99
4	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง**(ประเมินใหม่)** **ระดับ** 5 **ดาว ในปีงบ ฯ** 2565 ร้อยละ 90 – 99.99
5	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.บึงกาฬ ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง**(ประเมินใหม่)** **ระดับ** 5 **ดาว ในปีงบ ฯ** 2565 ร้อยละ 100

ระดับ รพ.สต.

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥40- 49.99
2	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥50- 59.99
3	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥60- 69.99
4	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥70- 79.99
5	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥80 โดยคะแนนในแต่ละหมวด ≥ ร้อยละ80

วิธีการประเมินผล

รอบที่ 1 ใช้ผลประเมินโดยทีมระดับอำเภอ

รอบที่ 2 ประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด

เอกสารสนับสนุน

1.คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)

2.ผลการประเมินตนเอง โดยทีมระดับอำเภอ

3.ผลการประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ – สกุล นางสาวสุนันทา โคตรอาษา ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

E-mail : sunanthaposri@gmail.com โทรศัพท์มือถือ : 09-2512-3838

สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทร. 042-492-046 ต่อ 128

ยุทธศาสตร์ที่ 2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 25. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพเชิงรุก
ค่าน้ำหนัก 3
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

หน่วยบริการ หมายความว่า

(1) สถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ และสภากาชาดไทย

(2) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(3) หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(4) หน่วยบริการอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ประเภทที่ 1) เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ เพื่อให้การดูประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งสร้างเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง ขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ

(1) การดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน

(2) การบริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน

(3) การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับบุคคลและครอบครัว โดยการให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ เชิงรับและเชิงรุกในพื้นที่

(4) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว

(5) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิต้องผ่านเกณฑ์ 3 S ประกอบด้วย

Staff - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน รับผิดชอบประชากรเต็มเวลา โดยควรมีเวลาปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิไม่น้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์

- พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เป็นอย่างน้อย
- นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 คน เป็นอย่างน้อย

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

- มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
- มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี
- ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า

- การจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน
- ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ
- ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล

Structure - มีอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการสถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น

*****พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit)** หมายถึง จำนวนทีมที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว ตามแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 10 ปี

วัตถุประสงค์

-เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

-เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (คลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่)	ทีม	2	-	-	2	-

เกณฑ์เป้าหมาย

ระดับ จังหวัด : 1) **หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่** ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ร้อยละ 13 (จำนวน 5 ทีม(สะสม)) (เป้าหมายตามแผน 10 ปี ของจังหวัด จำนวน 54 ทีม)ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรม และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

ลำดับ	คปสอ.	ผลการดำเนินการ (สะสม2563)	เป้าหมาย(ตามแผน 10)			หมายเหตุ
			2564 (ยังไม่ขึ้นทะเบียนเปิดดำเนินการ)	2565	รวม (สะสม2565)	
1	เมืองบึงกาฬ	1	-	1	1	
2	เซกา	-	-	1	1	
3	โซ่พิสัย	-	1	2	3	
4	ปากคาด	-	-	-	-	
5	พรเจริญ	-	1	-	1	
6	ศรีวิไล	1	-	-	-	
7	บึงโขงหลง	-	-	-	-	
8	บุ่งคล้า	-	-	-	-	
	รวม	3	2	4	6	เป้า(36)

***หน่วยบริการปฐมภูมิและเคลื่อนข่ายปฐมภูมิเป้าหมายการพัฒนาตามแผน 10 ปี

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

แผนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดบึงกาฬ ปีงบประมาณ 2560-2564

วิธีจัดเก็บข้อมูล

ระบบการขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว

แหล่งข้อมูล

สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพเชิงรุก

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด

สูตรการคำนวณ

(A/D) x 10

ระยะเวลาการประเมินผล

ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมินผล

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)	- มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ (เกณฑ์คุณภาพเชิงรุก) (กรณีทีมใหม่) - มีการประเมินเกณฑ์คุณภาพเชิงรุก ตามเกณฑ์กำหนด โดยอำเภอ และส่งผลมาที่จังหวัด	- มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ (เกณฑ์คุณภาพเชิงรุก) (กรณีทีมใหม่)

วิธีการประเมินผล

<u>การพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพเชิงรุก</u>

<u>STAFF</u>

1. มีแพทย์ที่ปรึกษา
2. มีพยาบาลวิชาชีพ ตามเกณฑ์ (1:2,500)
3. มีนักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ตามเกณฑ์ (1:2,500)

ลำดับ	รายละเอียด	ผลการประเมิน		หมายเหตุ (ขอบเขตและแนวทางการจัดบริการ)
		มี	ไม่มี	
	STAFF			
1	แพทย์ที่ปรึกษา 1 คน ปฏิบัติงาน อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์			1. ด้านการจัดบริการ แบ่งเป็น 2 ระดับ 1.1 การดูแลระดับบุคคล/ครอบครัว 1.2 การดูแลระดับชุมชน 2. ด้านวิชาการ เช่น การจัดการเรียนรู้ในกิจกรรมบริการต่าง ๆ, ประชุมอบรมเพิ่มศักยภาพให้แก่หน่วยบริการ 3. ด้านบริหารจัดการ เช่น ออกแบบระบบงานภายในหน่วยบริการ, จัดระบบการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นต้น
	SYSTEM			
2	มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชน ตามกลุ่มเป้าหมาย ขึ้นกับบริบทของพื้นที่			มีฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ
3	บุคลากรทราบพื้นที่/ประชากร แยกตามประเภทลุ่มเป้าหมาย ที่ต้องดูแล			
4. มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว				
4.1	Service Package รายกลุ่มวัย			1. บริการผสมผสานในสถานบริการ 2. บริการต่อเนื่อง ได้แก่ ตรวจเยี่ยมบ้าน, การดูแลระยะยาว, การส่งต่อไปหน่วยบริการอื่น ๆ 3. บริการเชิงรุกในชุมชน 4. การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม 5. การให้ข้อมูล คำปรึกษา
4.2	Call center or Line group เช่น มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี			
4.3	Continuity Care เช่น การเยี่ยมบ้าน Long term care ect.			
5. มีระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า				
5.1	Green Channel			มีระบบให้คำปรึกษา การส่งต่อ/การรับกลับ เพื่อดูแลต่อเนื่อง
5.2	ระบบ Refer back			
6. การจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน				

ลำดับ	รายละเอียด	ผลการประเมิน		หมายเหตุ (ขอบเขตและแนวทางการจัดบริการ)
		มี	ไม่มี	
6.1	COC:LTC 4 กลุ่มเป้าหมาย			1. การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงสุขภาพรายบุคคลและชุมชน 2. การจัดกิจกรรมและบริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย 3. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 4. การเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน 5. การสร้างเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 6. การเฝ้าระวังความเสี่ยงและคุ้มครองผู้บริโภค
6.2	การควบคุมและป้องกันโรค			
6.3	คบส.			
7. ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ				
7.1	IC			1. ด้านการนำ กำกับและการอภิบาลระบบ ได้แก่ พชอ., คปสอ.,ผู้บริหารระดับหน่วยบริการ 2. ด้านกระบวนการรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการในเครือข่าย ได้แก่ รพ.แม่ข่ายเป็นระบบส่งต่อที่ใหญ่ที่สุด 3. ด้านการจัด ระบบสนับสนุนเครือข่าย ได้แก่ ยา เวชภัณฑ์ งบประมาณ
7.2	IT			
7.3	LAB			
7.4	เภสัชกรรม และ RDU/คบส.			
8. ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล				
8.1	โปรแกรมข้อมูลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย			จำแนกเป็น กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย
8.2	ระบบรายงานประจำเดือน/ไตรมาส			

เอกสารประกอบ ข้อ 7

- แผนจัดสรรงบประมาณ/วัสดุ/ครุภัณฑ์
- แผนพัฒนาบุคลากรจากแม่ข่าย
- แผนสนับสนุน/หมุนเวียนบุคลากร
- แผนสอบเทียบ/แผนการบำรุงรักษาเครื่องมือ
- การกำหนดผู้รับผิดชอบ และดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน

Structure

ที่ตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ

แม่ข่าย.....

ลูกข่าย .....

มีเครื่องมือ/เครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการให้บริการ แยกตามขนาดหน่วยบริการ S M L

<u>สรุปผลการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพเชิงรุก</u>

☐ ผ่าน (ต้องมีทุกข้อ) ☐ ไม่ผ่าน

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ร้อยละของ หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์
1	≤ 40
2	50
3	60
4	70
5	80

เอกสารสนับสนุน

1. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562
2. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข : ประกาศการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. คู่มือดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster : PCC,
4. แบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ – สกุล นางสาวสุนันทา โคตรอาษา ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน : กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492-04
โทรศัพท์มือถือ : 09-2512-3838 โทรสาร : 042-492-001
E-mail : sunanthaposri@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 26. ร้อยละผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)
ค่าน้ำหนัก
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) หมายถึง โรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ มีการกำหนดนโยบายเป็น RDU Hospital และมีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่กำหนดและมีการติดตามประเมินผล

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น ตามความจำเป็น รวมทั้งได้รับและใช้ยาจากสถานบริการสุขภาพ ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ทั้งในเรื่องโรค ขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่กำหนด โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	ร้อยละ	93.75	86.88	90.00

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

1.รายงานข้อมูล A = คะแนนที่รวมได้
2.รายงานข้อมูล B = คะแนนรวมกิจกรรมทั้งหมด
3. สูตรการคำนวณ = (A/B) x 100

กิจกรรมที่	รายละเอียด	คะแนน
1 ขั้นตอนกระบวนการดำเนินงาน RDU	1. มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับโรงพยาบาล,ระดับ CUP และมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ	2
	2. จัดทำแผนงาน/โครงการและกำหนดมาตรการในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน RDU ครอบคลุมทั้งในระดับโรงพยาบาล รพ.สต. สถานพยาบาลเอกชน ร้านยา และชุมชน (เช่น ร้านชำ เป็นต้น)	7.5
	3. มีคู่มือ/แนวทาง/สื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในระดับโรงพยาบาล รพ.สต. สถานพยาบาลเอกชน ร้านยา และชุมชน (เช่น ร้านชำ เป็นต้น)	5
	4. การจัดประชุม/นิเทศ/ติดตาม/อบรมให้ความรู้/แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับ รพ.สต.หรือชุมชน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	7

<table>
<tr><th>กิจกรรมที่</th><th>รายละเอียด</th><th>คะแนน</th></tr>
<tr><td rowspan="9">2
ตัวชี้วัด RDU</td><td>1. ร้อยละการสั่งยาในบัญชียาหลัก (รพ.ระดับ A > 75%, S > 80%, M1-M2 > 85%, F1-F3 > 90% (KPI ตัวที่ 1)</td><td>2</td></tr>
<tr><td>2. ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการชี้นำสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (KPI ตัวที่ 2)
▪ จำนวนรพ.สต.ผ่านเกณฑ์ KPI ที่ 19, 20 ≥ 80% 8.5 คะแนน
▪ จำนวนรพ.สต.ผ่านเกณฑ์ KPI ที่ 19, 20 ≥ 60% 7 คะแนน
▪ จำนวนรพ.สต.ผ่านเกณฑ์ KPI ที่ 19, 20 ≥ 40% 5.5 คะแนน
▪ จำนวนรพ.สต.ผ่านเกณฑ์ KPI ที่ 19,20 < 40% 4 คะแนน</td><td>8.5</td></tr>
<tr><td>3. การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน (KPI ตัวที่ 3)</td><td>2</td></tr>
<tr><td>4. จำนวนรายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล (KPI ตัวที่ 4)
ยังคงมี ≤ 1 รายการ</td><td>2</td></tr>
<tr><td>5. การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา (KPI ตัวที่ 5)</td><td>2</td></tr>
<tr><td>6. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (KPI ตัวที่ 6)
<table>
<tr><th>สำหรับโรงพยาบาลบึงกาฬ</th><th>สำหรับโรงพยาบาลชุมชน</th></tr>
<tr><td>ใช้ยาปฏิชีวนะ ≤ 30% 8.5 คะแนน
ใช้ยาปฏิชีวนะ > 30% 7 คะแนน
ใช้ยาปฏิชีวนะ > 35% 5.5 คะแนน
ใช้ยาปฏิชีวนะ > 40% 4 คะแนน</td><td>ใช้ยาปฏิชีวนะ ≤ 20% 8.5 คะแนน
ใช้ยาปฏิชีวนะ > 20% 7 คะแนน
ใช้ยาปฏิชีวนะ > 25% 5.5 คะแนน
ใช้ยาปฏิชีวนะ > 30% 4 คะแนน</td></tr>
</table></td><td>8.5</td></tr>
<tr><td>7. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (KPI ตัวที่ 7)
- ใช้ยาปฏิชีวนะ ≤ 20% 8.5 คะแนน
- ใช้ยาปฏิชีวนะ > 20% 7 คะแนน
- ใช้ยาปฏิชีวนะ > 24% 5.5 คะแนน
- ใช้ยาปฏิชีวนะ > 32% 4 คะแนน</td><td>8.5</td></tr>
<tr><td>8. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (KPI ตัวที่ 8)
- ใช้ยาปฏิชีวนะ ≤ 40% 8.5 คะแนน
- ใช้ยาปฏิชีวนะ > 40% 7 คะแนน
- ใช้ยาปฏิชีวนะ > 50% 5.5 คะแนน
- ใช้ยาปฏิชีวนะ > 55% 4 คะแนน</td><td>8.5</td></tr>
<tr><td>9. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด (KPI ตัวที่ 9)</td><td>8.5</td></tr>
</table>

	- ใช้ยาปฏิชีวนะ ≤ 10% 8.5 คะแนน - ใช้ยาปฏิชีวนะ > 10% 7 คะแนน - ใช้ยาปฏิชีวนะ > 15% 5.5 คะแนน - ใช้ยาปฏิชีวนะ > 20% 4 คะแนน	
	10. ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูง (Essential hypertension) ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/ Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง **(KPI ตัวที่ 10)** ได้รับยาร่วมกัน 0%	2
	11. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ Glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 ml/min/1.73 mm^2 **(KPI ตัวที่ 11)** ใช้ Glibenclamide < 5%	2
	12. ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่ใช้ยา Metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (ห้ามใช้หากมี eGFR น้อยกว่า 30 ml/min/1.73 mm^2 **(KPI ตัวที่ 12)** - ใช้ Metformin ≥ 80% 7 คะแนน - ใช้ Metformin ≥ 75% 5 คะแนน - ใช้ Metformin ≥ 70% 3 คะแนน	7
	13. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน **(KPI ตัวที่ 13)** ได้รับ NSAIDs ซ้ำซ้อน ≤ 5%	2
	14. ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs **(KPI ตัวที่ 14)** ได้รับ NSAIDs ≤ 10%	2
	15. ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid **(KPI ตัวที่ 15)** - ได้รับ inhaled corticosteroid ≥ 80% 7 คะแนน - ได้รับ inhaled corticosteroid ≥ 77% 6 คะแนน - ได้รับ inhaled corticosteroid ≥ 74% 5 คะแนน - ได้รับ inhaled corticosteroid ≥ 70% 4 คะแนน	7
	16. ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate **(KPI ตัวที่ 16)** ได้รับยา ≤ 5%	2
	17. จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ยา Warfarin*/Statins/Ergot เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (*ยกเว้นกรณี Mechanical Heart Valve) **(KPI ตัวที่ 17)** ได้รับยา Contraindication 0%	2
	18. ร้อยละครั้งบริการ (visit) ผู้ป่วยเด็ก ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating **(KPI ตัวที่ 18)** ได้รับยา ≤ 20%	2
รวม		100

ระยะเวลาการประเมินผล

การประเมินรอบที่ 1: 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565

การประเมินรอบที่ 2: 1 เมษายน 2565 – 30 กันยายน 2565

เกณฑ์การประเมินผล

ผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

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

วิธีการประเมินผล

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ข้อมูลจาก HDC / Cockpit และระบบรายงานเฉพาะกิจ RDU

เอกสารสนับสนุน

รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

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

: นางสาวชนากานต์ อนุรักษ์ธงไชย ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ โทร. 089-757-7864

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

ยุทธศาสตร์ที่ 2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 27. ร้อยละการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ
ค่าน้ำหนัก **2.5**
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

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

2. ผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสั่งจ่ายยากัญชาได้ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

3. ยากัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา

4. Palliative care ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (รหัส ICD10 Z51.5)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	ร้อยละ	NA	NA	88.75

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

คลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. รวบรวมจากระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข
2. ใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะกัญชา เข้าถึงได้จาก http://hemp.fda.moph.go.th/FDA_MARIJUANA/staff/marijuana_report_public
3. ข้อมูลบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ เข้าถึงได้จาก http://hemp.fda.moph.go.th/FDA_MARIJUANA/SAS/VISIT_DOCTOR

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1. รายงานข้อมูล A = คะแนนรวมที่ได้
2. รายงานข้อมูล B = คะแนนรวมทั้งหมด
3. การคำนวณ = (A/B) x 100

คำอธิบาย

รายละเอียด	คะแนน
1. ใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 (กัญชา) มีการขอใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 (กัญชา) จากคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข - โรงพยาบาลมีใบอนุญาตจำหน่ายกัญชา 5 คะแนน - รพ.สต. มีใบอนุญาตจำหน่ายกัญชาครบทุกแห่ง 5 คะแนน	10
2. บุคลากร มีแพทย์แผนปัจจุบัน, แพทย์แผนไทย, เภสัชกร ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ โดยได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์หรือกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล - มีแพทย์แผนปัจจุบันสอบผ่านการสั่งใช้ 5 คะแนน - มีแพทย์แผนไทยสอบผ่านการสั่งใช้ 5 คะแนน - มีเภสัชกรผ่านการอบรม 5 คะแนน	15
3. การบริการ มีการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน มีวันและเวลาการให้บริการที่ชัดเจน มีสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องร่วมกันดำเนินการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ เช่น แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น - เปิดให้บริการ 1 วัน/สัปดาห์ 12 คะแนน - เปิดให้บริการ 2 วัน/สัปดาห์ 14 คะแนน - เปิดให้บริการ 3 วัน/สัปดาห์ 16 คะแนน - เปิดให้บริการ 4 วัน/สัปดาห์ 18 คะแนน - เปิดให้บริการ 5 วัน/สัปดาห์ 20 คะแนน	20
4. ยากัญชาและระบบคลังยา มีการขอสนับสนุนยากัญชาหรือการจัดซื้อยากัญชา ระบบการจัดการและจัดเก็บกัญชา การจัดการยากัญชาหมดอายุ การรับ-ลงข้อมูล stock ยากัญชา ที่ชัดเจน	20
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศ มีระบบการลงข้อมูลผู้ป่วยด้วยระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) หรือโปรแกรมอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานใน google form ของจังหวัด ภายในเวลาที่กำหนด	15
6. ผู้ป่วย Palliative care มีผู้ป่วย Palliative care ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	10
7. การปลูกกัญชา มีการส่งเสริม รณรงค์ การปลูกกัญชาทางการแพทย์ รวมถึงสามารถให้คำแนะนำได้หากมีผู้สนใจปลูกกัญชาทางการแพทย์สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการขออนุญาตปลูกกัญชา	10
รวม	**100**

ระยะเวลาการประเมินผล 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565

เกณฑ์การประเมินผล

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

วิธีการประเมินผล

1. ข้อมูลจากระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข
2. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในหน่วยบริการ
3. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์/รายการยากัญชา
4. รายงานผลการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ /สรุปผลการปฏิบัติงาน

เอกสารสนับสนุน

1. คู่มือ แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG)
2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562
3. คู่มือการใช้งานระบบ C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข / HPVC/AUR สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา
4. กองควบคุมวัตถุเสพติด (กัญชา) สำนักคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข เข้าถึงได้จาก https://cannabis.fda.moph.go.th/

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
   : นายตวงสิทธิ์ จันทวี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทร. 086-850-8366
   : นางสาวชนากานต์ อนุรักษ์ธงไชย ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ โทร. 089-757-7864
   : นางสาวกนกวรรณ เทมียะโก ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ โทร. 087-429-1104
2. กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
   : นางอาภรณ์ โชติเมืองปัก ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ โทร. 081-320-0706
   : นายอนุพงษ์ วงศ์นิลยอง ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ โทร. 081-469-5296
   : นางสาวสุจิตรา อึดผา ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย โทร. 092-992-3494

ยุทธศาสตร์ที่ 2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 28.ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์เป้าหมายการให้บริการผู้ป่วยนอกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ค่าน้ำหนัก 2.5
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค ฟื้นฟูสภาพ แบบไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น

2. หน่วยบริการ หมายถึง รพ.สต./รพช./รพท.

3. ผ่านเกณฑ์เป้าหมายการให้บริการ หมายถึง ผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามมาตรฐาน <u>(ระดับ รพศ./รพท.ร้อยละ 12/ ระดับรพช.ร้อยละ 20/ระดับรพ.สต.ที่มีแพทย์แผนไทย ร้อยละ 40/รพ.สต.ที่ไม่มีแพทย์แผนไทย ร้อยละ 30)</u>

4. การบริการการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร
- การปรุงยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การปรุงยาตามองค์ความรู้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย(ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
- ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงรวมถึงกัญชาที่ยังคงสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆของพืชกัญชา อาทิ ยอก ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น
    - การนวดเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
    - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
    - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
    - การทับหม้อเกลือ
    - การพอกยาสมุนไพร
    - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
    - การอบไอน้ำเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
    - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
    - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
    - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก
    - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

5. การบริการด้านการแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล ได้แก่ การแพทย์แผนจีน เช่น ฝังเข็ม รมยา ครอบแก้ว การแพทย์ทางเลือก เช่น สมาธิบำบัด หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละของหน่วยบริการที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทย ไม่นับรหัส U77	ร้อยละ	60.95	77.64	75.05

เกณฑ์เป้าหมาย **ร้อยละ 90**
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย **รพท./รพช./รพ.สต.**
วิธีจัดเก็บข้อมูล **การบันทึกข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม**
แหล่งข้อมูล จาก Health Data Center (HDCจังหวัด) https://bkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php > กลุ่มรายงานมาตรฐาน> การเข้าถึงบริการ > แพทย์แผนไทย
1.รายงานข้อมูล A หมายถึง จำนวนหน่วยบริการผ่านเกณฑ์เป้าหมายการให้บริการผู้ป่วยนอกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ระดับ รพศ./รพท.ร้อยละ 12/ ระดับรพช.ร้อยละ 20/ ระดับรพ.สต.ที่มีแพทย์แผนไทย ร้อยละ 40/รพ.สต.ที่ไม่มีแพทย์แผนไทย ร้อยละ 30)
2.รายงานข้อมูล B หมายถึง จำนวนหน่วยบริการ รพท./รพช./รพ.สต.
สูตรคำนวณ **A/B x 100**
ระยะเวลาการประเมินผล **ไตรมาส 4**
เกณฑ์การประเมินผล

คะแนน	เกณฑ์
1	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์เป้าหมายการให้บริการผู้ป่วยนอกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร้อยละ 50
2	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์เป้าหมายการให้บริการผู้ป่วยนอกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร้อยละ 60
3	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์เป้าหมายการให้บริการผู้ป่วยนอกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร้อยละ 70
4	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์เป้าหมายการให้บริการผู้ป่วยนอกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร้อยละ 80
5	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์เป้าหมายการให้บริการผู้ป่วยนอกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร้อยละ 90

วิธีการประเมินผล ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน 1. การจัดบริการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการ

2. รายงานผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ประเมินจาก Datacenter/สรุปผลการปฏิบัติ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

1. นางอาภรณ์ โชติเมืองปัก แพทย์แผนไทยชำนาญการ โทร. 081-3200706
2. นางสาวสุจิตรา อืดผา แพทย์แผนไทย โทร. 092-9923494
3. นางสาววิจิตรา ศรีสวัสดิ์ แพทย์แผนไทย โทร. 084-7958014

ยุทธศาสตร์ที่ 2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
ประเภทตัวชี้วัด : ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (√) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัดหลัก : 29. ความสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
ค่าน้ำหนัก : 3
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 2561-2565 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	2562	2563	2564
1	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน(trauma triage level 1)ภายใน 24 ชม.(ทั้งในERและadmit)	< 12 %	2.67	5.67	7.08
2	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน(non-trauma triage level 1)ภายใน 24 ชม.(ทั้งในER และadmit)	< 12 %	1.40	1.99	3.02
3	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที	≥ 80 %	85.71	95.56	100
4	อัตราของผู้ป่วย triage level 1,2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม.	≥ 60 %	69.81	72.07	65.77
5	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า ps score มากกว่า0.5ในรพ. A ,S M1	100 %	ไม่มี case PS score > 0.5 เสียชีวิต		
6	อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) รหัส ICD S 06.1- S 06.9	< 45 %	23.81	17.86	41.93
7	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง	≥ 10 %	19.49	12.12	7.68
8	ECS คุณภาพ (รพ.ต้องผ่านการประเมิน 12 องค์ประกอบเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50) ≥ ร้อยละ 80	>50%	20.96	5.69	87.5

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 2564

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

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A-B) x 100/A

ระยะเวลาการประเมินผล : ติดตามเปลี่ยนแปลงไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมินผล : ประเมินระดับจังหวัด

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ร้อยละ	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1.อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง	≤ 12 %	รอบ1,2 ≥18%	16%	12%	8%	≤ 4%
2.อัตราของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ(รพ.ต้องผ่านการประเมิน 12 องค์ประกอบเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60)	≥60%	รอบ2 ≤40%	45%	50%	55%	≥60%
3.จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง	≥10%	รอบ1,2 ≤ร้อยละ2	≥ร้อยละ 4	≥ร้อยละ 6	≥ร้อยละ 8	≥ร้อยละ 10

เกณฑ์การประเมินผล : เกณฑ์ประเมิน รพ.บึงกาฬ

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ร้อยละ	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1.อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง	≤ 12 %	รอบ1,2 ≥18%	16%	12%	8%	≤ 4%
2.อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที	≥80%	รอบ1,2 ≤40%	50%	60%	70%	≥80%
3.อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม.	≥60%	รอบ1,2 ≤20%	30%	40%	50%	≥60%
4.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า ps score มากกว่า0.5ใน รพ. A ,S M1	100 %	รอบ1,2 60%	70%	80%	90%	≥100%
5.อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1	≤45%	รอบ1,2 ≥65%	60%	55%	50%	≤45%
6.ร้อยละของผลการประเมิน ECS คุณภาพ เฉลี่ย 12 องค์ประกอบ	≥60%	รอบ2 ≤40%	45%	50%	55%	≥60%
7.จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง	≥10%	รอบ1,2 ≤ร้อยละ 2	≥ร้อยละ 4	≥ร้อยละ 6	≥ร้อยละ 8	≥ร้อยละ 10

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

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ร้อยละ	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1.อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง	≤ 12 %	รอบ1,2 ≥18%	16%	12%	8%	≤ 4%
2.อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม.	≥60%	รอบ1,2 ≤20%	30%	40%	50%	≥60%
3.จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง	≥10%	รอบ1,2 ≤ร้อยละ2	≥ร้อยละ 4	≥ร้อยละ 6	≥ร้อยละ 8	≥ร้อยละ10
4.ร้อยละของผลการประเมิน ECS คุณภาพ เฉลี่ย 12 องค์ประกอบ	≥60%	รอบ2 ≤40%	45%	50%	55%	≥60%

วิธีการประเมินผล : ประเมินจากข้อมูล43แฟ้ม ,แบบฟอร์มรายงานKPI รายอำเภอ,แบบประเมินตนเองECS และTEA Unit)

เอกสารสนับสนุน : มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข,แบบฟอร์มรายงานKPI ,รายอำเภอแบบประเมินตนเองECSและTEA Unit)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1.นางกุลรภัส ภูติโส ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทรศัพท์ที่ทำงาน :042-49204 โทรศัพท์มือถือ : 089-9542332

2.นายธีรพล ไชยศาสตร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

เบอร์โทรศัพท์ 093-321-0981

3.นายธนกร อุณารักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

หมายเลขโทรศัพท์ 098-2364574

สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (BK Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด **(/) เชิงปริมาณ** **( ) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 30. ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ในสาขาที่เลือกครบถ้วนตาม Key Step Assessment และมีนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพ
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

แนวทางการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical care) หมายถึง แนวทางการให้บริการของสถานพยาบาลที่มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ไม่แออัด สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและเสมอภาค ทั้งในสภาวะปกติและเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ ประกอบด้วยการดำเนินงาน 2 ด้าน คือ

1. การให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Services) ตาม Key Step Assessment (Staff, Structure, System)

2. การบริหารความต่อเนื่องของการดำเนินการสถานพยาบาล (Business continuity management: BCM) โดยนำแผนดำเนินกิจการอย่างต่อเนื่อง สำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่(Business Continuity Plan for EIDs in Healthcare Facilities) มาใช้เป็นกระบวนการขับเคลื่อนภายในสำหรับเตรียมพร้อมรองรับสถานการณ์ที่อาจส่งผลโดยตรง ต่อการให้บริการด้าน

การแพทย์ในสถานพยาบาล Key Step Assessment หมายถึง การประเมินผลองค์ประกอบที่สำคัญต่อการพัฒนาการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่โดยยึดหลัก 3S เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ด้วยความเสมอภาค ไม่แออัด ปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ได้แก่

1. ด้านระบบ (System) เช่น ระบบคัดกรอง ขั้นตอนการปฏิบัติงาน การจัดโซน (zoning) การใช้ระบบ IT จัดระบบคิว และการสื่อสาร เป็นต้น

2. ด้านโครงสร้าง (Structure) เช่น โครงสร้าง อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อมการระบายอากาศ เป็นต้น

3. ด้านบุคลากร (Staff) เช่น การจัดอัตรากำลัง การฝึกอบรมบุคลากร การใช้อุปกรณ์ป้องกัน และสร้างความปลอดภัย เป็นต้น

นวัตกรรมการจัดการบริการสุขภาพ (Innovative Healthcare Management) หมายถึง นวัตกรรมการบริการและการจัดบริการสุขภาพใหม่ แก่ประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้น

นวัตกรรม (Innovative) หมายถึง สิ่งที่ทำขึ้นใหม่ หรือแตกต่างจากเดิม ซึ่งอาจเป็นความคิด วิธีการ หรืออุปกรณ์ เป็นต้น ที่มีคุณค่า และมีประโยชน์ต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน (ความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542)

ระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผล (Regulate Monitoring and Evaluation) หมายถึง กระบวนการ ขั้นตอน วิธีการ ในการ ตรวจสอบ การดำเนินงานว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ ตลอดจนการแก้ไขปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน เพื่อให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ ตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หมายถึง การแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ของบุคคลหนึ่งหรือกลุ่มบุคคลหนึ่งให้กับอีกบุคคลหนึ่งหรืออีกกลุ่มบุคคลหนึ่งด้วยความเต็มใจซึ่งอาจจะเป็นการแลกเปลี่ยนในสถานที่พบเจอกันหรือผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ และเกิดการต่อยอดความรู้ หรือเกิดการเผยแพร่ความรู้ให้กว้างขวางต่อไป

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
-	ร้อยละ	-	-	-
		หมายเหตุ – เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2565		

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย –โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

วิธีจัดเก็บข้อมูล :

- นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน
- รวบรวมและวิเคราะห์ในระดับจังหวัด โดยโรงพยาบาลบึงกาฬ และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง รายงานข้อมูลการดำเนินการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ตาม Key Step Assessment ในสาขาที่เลือกอย่างน้อย 5 สาขา

ระยะเวลาการประเมินผล :

รอบที่ 1 (6 เดือน) 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565

รอบที่ 2 (6 เดือน) 1 เมษายน 2565 – 30 กันยายน 2565

เกณฑ์การประเมินผล :

กำหนดเป็นกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรม จะได้คะแนนกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่	รายละเอียด	คะแนนเต็ม
1 ขั้นตอนกระบวนการดำเนินงาน	1. มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่/นวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพ ระดับโรงพยาบาล/ CUP และมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ (5 คะแนน) 2. จัดทำแผนงาน/โครงการและกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่/นวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพ ระดับโรงพยาบาล (5 คะแนน) 3. มีคู่มือ/แนวทางการดำเนินการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ในสาขาที่เลือกครบถ้วนตาม Key Step Assessment และมีนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพ (10 คะแนน) 4. การจัดประชุม/อบรมให้ความรู้/แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ใน 5 สาขาที่เลือกครบถ้วนตาม Key Step Assessment และมีนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพในระดับโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (5 คะแนน) 5. รายงานข้อมูลรายไตรมาส ภายในเวลากำหนด (5 คะแนน)	30

เกณฑ์การประเมินผล (ต่อ)

กำหนดเป็นกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรม จะได้คะแนนกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่	รายละเอียด	คะแนนเต็ม
2 การดำเนินการให้บริการแนวทางการแพทย์วิถีใหม่ ตาม Key Step Assessment	ผลการดำเนินการโรงพยาบาลให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ใน 5สาขาที่เลือกครบถ้วนตาม Key Step Assessment (ทั้งหมด 13 สาขา) 2.1 การดำเนินการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ตาม Key Step Assessment สาขาหลัก OPD, IPD, ER, ARI Clinic (15 คะแนน) 2.2 การดำเนินการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ตาม Key Step Assessment สาขาหลัก OPD, IPD, ER, ARI Clinic และ 1 สาขาที่เลือก (20 คะแนน) 2.3 การดำเนินการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ตาม Key Step Assessment สาขาหลัก OPD, IPD, ER, ARI Clinic และ 2 สาขาที่เลือก (25 คะแนน) 2.4 การดำเนินการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ตาม Key Step Assessment สาขาหลัก OPD, IPD, ER, ARI Clinic และ 3 สาขาที่เลือก (30 คะแนน) 2.5 การดำเนินการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ตาม Key Step Assessment สาขาหลัก OPD, IPD, ER, ARI Clinic และ 4 สาขาที่เลือกขึ้นไป (35 คะแนน)	35
3 นวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพโรงพยาบาล	มีนวัตกรรมการบริการและการจัดบริการสุขภาพใหม่ แก่เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้น 3.1 โรงพยาบาลมีนวัตกรรมการบริการและการจัดบริการสุขภาพใหม่ 2 เรื่อง (20 คะแนน) 3.2 โรงพยาบาลมีนวัตกรรมการบริการและการจัดบริการสุขภาพใหม่ 3 เรื่อง (25 คะแนน) 3.3 โรงพยาบาลมีนวัตกรรมการบริการและการจัดบริการสุขภาพใหม่ 4 เรื่อง (30 คะแนน) 3.4 โรงพยาบาลมีนวัตกรรมการบริการและการจัดบริการสุขภาพใหม่ 5 เรื่อง (35 คะแนน)	35
รวมคะแนน 3 กิจกรรม		100

เกณฑ์การประเมิน หน่วยบริการดำเนินการกิจกรรมที่ 1, 2 และ 3 ครบถ้วนตามลำดับ โดยที่คะแนนรวมการดำเนินงานในกิจกรรมรวม 100 คะแนน แบ่งระดับการให้คะแนน ดังนี้

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
กิจกรรมที่ 1-3 และคะแนนรวม 65 คะแนน	กิจกรรมที่ 1-3 และคะแนนรวม 70 คะแนน	กิจกรรมที่ 1-3 และคะแนนรวม 75 คะแนน	กิจกรรมที่ 1-3 และคะแนนรวม 80 คะแนน	กิจกรรมที่ 1-3 และคะแนนรวม 80 คะแนน

วิธีการประเมินผล :

- หน่วยบริการรายงานผลผ่านแบบรายงานมายังกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ (ประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง)

เอกสารสนับสนุน :

Key Step Assessment จำนวน 13 สาขา ซึ่งเผยแพร่บนเว็บไซต์กรมการแพทย์http://covid19.dms.go.th/

- แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก (OPD)
- แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยใน (IPD)
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (ER)
- แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ (ICU)
- แนวทางปฏิบัติการปรับรูปแบบบริการฟื้นฟู (Rehab)
- แนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรม (Dental)
- แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Clinical Laboratory)
- แนวทางการจัดบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง (NCD)
- แนวปฏิบัติการทำหัตถการและการผ่าตัด (OR)
- แนวปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในห้องคลอด (LR)
- แนวปฏิบัติในคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ (ARI clinic)
- แนวปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา (X-Ray)
- แนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิต (Psychiatry)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายก้อนคำ พลวงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   โทรศัพท์มือถือ 08 1975 1731 E-mail : kpiodine@hotmail.com
2. นางอ้อพร บุติมุลตรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
   โทรศัพท์มือถือ : 08 9954 2332
3. นางสุภารัตน์ ไชยทุม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
   โทรศัพท์มือถือ 08 1469 2597 E-mail : suparat4898@gmail.com
4. นางรัตติกาล ดรุณ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
   โทรศัพท์มือถือ 08 6656 6620
5. นางมณฑิรา เจนการ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   โทรศัพท์มือถือ 09 4581 3329 E-mail : tukbk@hotmail.com
6. นางสาวนุสรา หูไธสง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
   โทรศัพท์มือถือ 08 0184 0991 E-mail : Nusara1911@hotmail.com

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
เบอร์โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 107 โทรสาร : 0 4249 2100

ยุทธศาสตร์ที่ 2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ (....) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 31. 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

กรณี	**รหัสโรค (ICD-10 2010) / รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)**	**กลุ่ม DRGs version 5**
โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/ Cholecystitis)	**ICD-10 2010:** K80.0 Calculus of gallbladder with acute cholecystitis K80.1 Calculus of gallbladder with other cholecystitis K80.2 Calculus of gallbladder without cholecystitis K80.3 Calculus of bile duct with cholangitis K80.4 Calculus of bile duct with cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis K80.8 Other cholelithiasis K81.0 Acute cholecystitis K81.1 Chronic cholecystitis K81.8 Other cholecystitis K81.9 Cholecystitis, unspecified	07090 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, no CC 07092 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, w mild to mod CC 07094 Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, w sev to cat CC 07100 Laparoscopic cholecystectomy, no CC 07102 Laparoscopic cholecystectomy, w mild to mod CC 07103 Laparoscopic cholecystectomy, w severe CC 07104 Laparoscopic cholecystectomy, w catas CC

โดยการ Re-admit ภายใน 1 เดือน มีสาเหตุที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ surgical site infection: SSI

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
	ร้อยละ	0	0	0

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : 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)

B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ทั้งหมด

ระยะเวลาประเมินผล **รายไตรมาส**

เกณฑ์การประเมินผล

เกณฑ์เป้าหมาย:ระดับจังหวัด

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

ยุทธศาสตร์ที่ : 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (BK Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : 32. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) (ร้อยละ 100)
ตัวชี้วัดรอง ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ร้อยละ80)
ค่าน้ำหนัก : 2
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม :
การดูแลระยะกลาง หมายถึง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (medically stable*) แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางยังต้องการการดูแลทางการแพทย์ พยาบาล หรือสหสาขาวิชาชีพใสถานพยาบาล (intermediate bed หรือ intermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อน สามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้ เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (ไม่เกิน 6 สัปดาห์หรือ 45 วัน**)
<u>การบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง</u>ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน <u>จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน</u>ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 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

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
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 :

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

ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
≥ร้อยละ 100	≥ร้อยละ 100	≥ร้อยละ 100

<u>ตัวชี้วัดรอง</u> ร้อยละ 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 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
ร้อยละ 90.12	ร้อยละ 86.35	ร้อยละ 87.49

เกณฑ์เป้าหมาย :

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

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

<u>ตัวชี้วัดรอง</u> 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 :

<u>ตัวชี้วัดหลัก</u>ร้อยละของโรงพยาบาลพยาบาลที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)

A = โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการการดูแลระยะกลางแบบ ผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)

B = โรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัดบึงกาฬ

<u>ตัวชี้วัดรอง</u> 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 ภาย<u>ในจังหวัด</u>ที่รอดชีวิตและมีคะแนน 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 :

เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับรพ.ระดับ S M และ F ในจังหวัดบึงกาฬ

กำหนดเป็นกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนตามที่กำหนด เมื่อมีการดำเนินกิจกรรม จะได้คะแนนกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรม	รายละเอียด	คะแนน
ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการดำเนินงาน IMC	1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการดูแลระยะกลางที่เป็นปัจจุบัน/มีการประชุมคณะกรรมการการดูแลระยะกลาง อย่างน้อย 1 ครั้งใน 6 เดือน	0.5
	2. มีแผนการดำเนินงานการดูแลระยะกลาง	
	3. มี Flow chart การดูแลระยะกลาง	0.5
	4. มีแบบคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการฟื้นฟูระยะกลาง	0.5
	5. มีทะเบียนการดูแลระยะกลาง แยกตามโรค และคิดเป็นร้อยละ	0.5
	6. ประเมิน Barthel index ในผู้ป่วยระยะกลางแยกตามแต่ละโรค (ตามแบบส่งรายงานทุก 3 เดือน)	1
	รวม	3
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	0.5
	3. บุคลากรขั้นต่ำ	
	3.1 แพทย์ (GP หรือ Fam med)	0.5
	3.2 พยาบาล(ผ่านหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูฯ)	0.5
	3.3 นักกายภาพบำบัด	0.5
	4. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)	
	4.1 Problem list + pland	0.5
	4.2 Team meeting report (1 time for shot stay)	0.5
	4.3 Standing doctor order sheet	0.5
	4.4 Activities protocol (shot stay)	0.5
	5. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยนอกOPD-IMC protocol)	
	5.1 Physical therapy 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI เท่ากับ 20	3
	5.2 Nursing care 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI เท่ากับ 20	5

กิจกรรม	รายละเอียด	คะแนน
	6. การบริบาลฟื้นสภาพที่บ้าน(Home care +therapy) 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	 5 5
	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 0.5 0.5
	8. อุปกรณ์ช่วยคนพิการ (Assistive devices) 8.1 Shoulder-Bobath sling 8.2 Plastic AFO 8.3 One-point cane 8.4 Tripod or quad cane	 0.5 0.5 0.5 0.5
	รวม	27
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	27
ผลรวม	**ขั้นตอนที่ 1-4**	**100**

โดยที่คะแนนรวมการดำเนินงาน 100 คะแนน แบ่งระดับการให้คะแนน ดังนี้

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

วิธีการประเมินผล

1. ข้อมูลจากในระบบ HosXp กองทุนที่เกี่ยวข้อง สปสช. ทะเบียนการเยี่ยม
2. เอกสารวิชาการ

เอกสารสนับสนุน :

1. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์

ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.วรุฒ ชมพูจันทร์ ตำแหน่ง : นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 1161
   โทรศัพท์มือถือ : -
   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 3 บุคลากร เก่ง ดี มีความสุข (Happy OrganiZation)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด **(/) เชิงปริมาณ** **( ) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 33. องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
33.1 ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)
33.2 ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับอำเภอ
ค่าน้ำหนัก 3
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม องค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบได้แก่ คนทำงานที่มีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์

องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.)) มีการจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข โดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ เป็นแนวทางในดำเนินงานสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
-	จำนวน	มี Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข อำเภอละ 1 หน่วยงาน	จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานจังหวัดที่มี รพช./สสอ. ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 15	อยู่ระหว่างดำเนินการ

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
1. ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) 2. มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับอำเภอร้อยละ 20	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับอำเภอ ร้อยละ 25	1. ร้อยละ 100 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) 2. มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับอำเภอ ร้อยละ 30

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. การทำแบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) : บุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
   1) ข้าราชการ
   2) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
   3) พนักงานราชการ
   4) ลูกจ้างประจำ

5) ลูกจ้างชั่วคราว

2. หน่วยงานสังกัด สสจ. รพศ. รพท. รพช. และ สสอ. (รวม รพ.สต.)

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เข้าทำแบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) ผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH

2. หน่วยงานจัดส่งผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข (ที่ผ่านการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ จากคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับหน่วยงาน)

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1. รายการข้อมูล 52.1

A1 = จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่ทำการประเมินความสุขครบถ้วน

B1 = จำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน

สูตรการคำนวณ (A1/B1) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล ไตรมาส 2

2. รายการข้อมูล 52.2

A2 = จำนวนหน่วยงานที่มีการดำเนินงานตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

B2 = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดในแต่ละอำเภอ

สูตรการคำนวณ (A2/B2) x 100 จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

ระยะเวลาการประเมินผล ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมินผล

ตัวชี้วัด	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	30	40	50	60	70
ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	4	8	12	16	20

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
-	ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer)	-	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับอำเภอ ร้อยละ 20

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 80 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer)	-	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับอำเภอ ร้อยละ 25

ปี 2567:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 100 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer)	-	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับอำเภอ ร้อยละ 30

วิธีการประเมินผล

1. การประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer)
2. คณะกรรมการ/คณะทำงาน ในระดับกรมและระดับจังหวัด พิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

เอกสารสนับสนุน

1. แบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer)
2. เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายอำนาจ สุวรรณไตร นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492-046 โทรศัพท์มือถือ : -
2. นางสาวสุจิตรา เทียมดามา นักทรัพยากรบุคคล
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492-046 โทรศัพท์มือถือ : -

สถานที่ทำงาน: กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการ (Governene)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (√) เชิงปริมาณ (√) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 34. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน
1.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบวิกฤตทางการเงินระดับ 7
2.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบวิกฤตทางการเงินระดับ 6
ค่าน้ำหนัก 3
หน่วยการวัด
คำนิยาม **หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน** หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงินระดับ 7 (Risk Scoring) โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ ประกอบด้วย

1.อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน

2.อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วยสิ้นค้าคงเหลือ หักด้วย สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หารด้วยหนี้สินหมุนเวียน

3.อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : CR) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน

4.ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน

5.(Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย

อัตราส่วนทางการเงินทั้ง 5 รายการข้างต้นถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการโยกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมินโดยมีค่ากลางของแต่ละหน่วยบริการมาเปรียบเทียบกับค่ากลางของอุตสาหกรรม ดังนี้

1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์
   1.1.1.1 CR < 1.5
   1.1.1.2 QR < 1.0
   1.1.1.3 Cash < 0.8
2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน
   2.1 แสดงฐานะทางการเงิน ทุนหมุนเวียน (NWC) < 0
   2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ) (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคา และค่าตัดหน่าย Net Income NI) NI < 0
3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง
   3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน*
   3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 6 เดือน

*โดยให้น้ำหนักของ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น2 เท่า ทั้งนี้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเงื่อนไขดังตาราง 4 มาใช้ในการจัดกลุ่มโรงพยาบาลที่ประสบวิกฤตทางการเงินเป็น 7 ระดับ ดังนี้

ระดับ 0-1 ปกติ
ระดับ 2 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน
ระดับ 3 คาดว่าจะดีขึ้นภายหลัง 3 เดือน
ระดับ 4 คาดว่าจะประสบปัญหาภายหลัง 6 เดือน
ระดับ 5 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน
ระดับ 6 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน
ระดับ 7 มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง

การประเมินหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ระดับ 7 ซึ่งมีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง และระดับ 6 ที่คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน

ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินที่มีความถูต้อง แม่นยำ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤตทางการเงินที่เกิดขึ้นได้

<u>การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2565</u>

1.มาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง

มาตรการที่ 1 : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)

มาตรการที่ 2 : พัฒนาระบบบัญชี (Accounting Management)

มาตรการที่ 3 : พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และด้านหลักประกันสุขภาพ

มาตรการที่ 4 : เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงินการคลัง (Efficient Management)

มาตรการที่ 5 : ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน วางระบบเฝ้าระวัง

มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
มาตรการที่ 1 : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)	1.1 การประเมินความพอเพียงที่จะสามารถจัดบริการได้ของทุกกองทุน* (*ทุกกองทุนหมายถึง 5 กองทุนหลัก ประกอบด้วย 1.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าUC 2. กองทุนประกันสังคม 3.กองทุนข้าราชการ 4. กองทุนแรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าว 5.กองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	1.1 หน่วยบริการที่มีข้อมูลรายได้ทุกประเภท มากกว่า ค่าใช้จ่าย กลุ่มเป้าหมาย : หน่วยบริการสังกัด สป.สธ จำนวน 899 แห่ง

มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
	1.2 การบริหารรายได้และค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ	1.2 หน่วยบริการเมื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงของแผนทางการเงิน (Planfin Analysis) ไม่เป็นแผนแบบที่มีความเสี่ยง* (แผนแบบที่ 4, 6, 7)
มาตรการที่ 2 : พัฒนาระบบบัญชี (Accounting Management)	เกณฑ์การประเมินความถูกต้องของการบันทึกบัญชีตามนโยบายบัญชี ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบวิเคราะห์งบการเงิน (เพื่อการบริหาร)* เกณฑ์การตรวจสอบกำหนดโดยส่วนกลาง
มาตรการที่ 3 : พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (Network & Capacity Building)	3.1 หลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี/ หัวหน้ากลุ่มงานประกัน/หัวหน้างานบริหารงานทั่วไป เช่น หลักสูตรดังต่อไปนี้ - นักบัญชีมืออาชีพ /กลยุทธ์การวิเคราะห์งบการเงินแบบมืออาชีพ /ข้อควรระวังในการจัดทำบัญชี 3.2 หลักสูตรสำหรับผู้บริหาร เช่น หลักสูตรดังต่อไปนี้ - อบรมเชิงปฏิบัติการบัญชีสำหรับผู้บริหาร / เจาะลึกบัญชีบริหารเพื่อการวางแผนและตัดสินใจ / การเสริมสร้างบทบาทและความเป็นมืออาชีพด้านการบริหารการเงินการบัญชีสำหรับองค์กร / การบริหารความเสี่ยงและกลยุทธ์ทางการเงิน หน่วยงานที่จัดอบรม เช่น สภาวิชาชีพบัญชีฯ / มหาวิทยาลัย	<u>กลุ่มเป้าหมาย</u> : ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี/ หัวหน้ากลุ่มงานประกัน/หัวหน้างานบริหารงานทั่วไป <u>กลุ่มเป้าหมาย</u> : ผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) รพศ/รพท/รพช. รองผู้อำนวยการด้านบริหาร/รองนายแพทย์ สสจ.
มาตรการที่ 4 : สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)	4.1 สนับสนุนการกระจายอำนาจให้เขตสุขภาพบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง 4.2 พัฒนานวัตกรรมการเงินการคลังของหน่วยบริการในจัดการด้านประสิทธิภาพ	4.1 เขตสุขภาพบริหารจัดการด้านการเงินการคลังและปรับเกลี่ยภายในเขตสุขภาพ 4.2 เขตมีนวัตกรรมการเงินการคลัง

มาตรการขับเคลื่อน	แนวทางการดำเนินงาน	เป้าหมาย
มาตรการที่ 5 : ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Monitoring Management)	5.1 การควบคุมกำกับ โดยเปรียบเทียบแผนทางการเงินกับผลการดำเนินงาน 5.2 การควบคุมกำกับ โดยเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score : TPS) 5.3 การควบคุมกำกับด้วยเกณฑ์ประเมินต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (Unit cost) 5.4 การเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผลการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	5.1 หน่วยบริการ มีผลต่างของแผนทางการเงินและผลการดำเนินงาน ± ไม่เกิน ร้อยละ 5 5.2 หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score : TPS) ≥ 10.5 คะแนน (A = ดีมาก, B = ดี) 5.3 หน่วยบริการมีต้นทุนผู้ป่วยนอก และต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน 5.4 มีระบบระบบคลังข้อมูล (Data Warehouse Software) และจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ด้านการเงินการคลัง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
หน่วยบริการที่ประสบวิกฤตระดับ 7	ร้อยละ	ร้อยละ0	ร้อยละ0	ร้อยละ0

เกณฑ์เป้าหมาย

ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 4

ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 6

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีจัดเก็บข้อมูล การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

1. รายงานข้อมูล A

1.1 ตัวตั้ง A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7

1.2 ตัวตั้ง A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6

2. รายงานข้อมูล B

ตัวหาร B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วยบริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง)

ระยะเวลาการประเมินผล ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมินผล

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 4 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 6

วิธีการประเมินผล การวัด/วิเคราะห์

เอกสารสนับสนุน รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายดนัย สุทธิพรไพศาลกุล หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 089-841-5363
   โทรสาร : E-mail : meekid@gmail.com
2. นางสาวกมลทิพย์ โคตรธรรม นักวิชาการเงินและบัญชี
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 093-445-2582
   โทรสาร : E-mail : kamonthip_yar@hotmail.com
3. นางสาวรุ่งรัตน์ ธุระนนท์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 0918617845
   โทรสาร : E-mail : rungrat_non@hotmail.com
4. นายถาวร ชมมี นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 0817696416
   โทรสาร : E-mail : -

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการ (Governene)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 35. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
ค่าน้ำหนัก 3
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นไปภายใต้แนวคิดเปิดเผยมากขึ้น โปร่งใสมากขึ้น (More open, to more Transparency) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร/หลักฐาน เชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการทุกมิติของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ 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) การส่งเสริมความโปร่งใส (5) ตัวชี้วัดการรับสินบน (6) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (7) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต (8) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และ (9) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	90	90	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. ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ 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 แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะMOPH 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- MOIT5ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3(5) วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)

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)

เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 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- MOIT23)ค่าเป้าหมายคือระดับ 3 ร้อยละ 82

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- MOIT23)ค่าเป้าหมายคือระดับ 4 ร้อยละ 87

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- MOIT23)ค่าเป้าหมายคือระดับ 5 ร้อยละ 92

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 : 081-9544463 โทรสาร : 042-492-001

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการ (BK Governance)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด **36.** ร้อยละหน่วยบริการ Smart Hospital ระดับ S,M และ ระดับ F ที่ผ่านเกณฑ์ Smart Outcome 2 ข้อแรก
ค่าน้ำหนัก 3
หน่วยการวัด **ร้อยละ**
คำนิยาม **1) Smart Place/Infrastructure** โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ

2) Smart Tools โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่าง ๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์

3) Smart Services โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนงานที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และพระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น

4) Smart Outcome โรงพยาบาลมีการบริหารจัดระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกันได้อย่างอัตโนมัติ โดยนำระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) มาใช้ โดยเฉพาะระบบหลักของโรงพยาบาล (Core Business Process) เพื่อให้มีระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อการบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินการบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง ป้องกันปัญหาการขาดแคลนและความไม่สมดุลด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรในระบบบริการ มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการ จัดการระยะเวลารอคอยได้อย่างเหมาะสม

5) Smart Hospital โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการจัดการ มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสามารถเปรียบเทียบ (Benchmarking) กับหน่วยงานอื่นได้ มีการจัดการและป้องกันความเสี่ยง (Proactive Risk Management) ที่ดีในทุกมิติ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพดีในทุกมิติ และมีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน

<u>เกณฑ์การประเมิน</u>

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

*** BPM : Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนงานที่มีประสิทธิภาพ ***

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 กำหนดความสำเร็จของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital มีการดำเนินงาน ดังนี้

1. **<u>Smart Place</u>**

   1.1.ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

2. **<u>Smart Tools</u>**

   2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ

   2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์

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

3. **<u>Smart Services</u>**

   3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ

   3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)

   3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)

   3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD

   3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม

   3.6 BPM : มีระบบ e-payment

4. <u>Smart</u> Outcome

4.1 BPM : มีการบริหารจัดการ Core Business Process *

4.2 BPM : มีระบบ ERP ที่เชื่อมโยงทุก Core Business Process แบบอัตโนมัติ *

4.3 Output : มีข้อมูล Unit Cost ในแต่ละแผนก

4.4 Outcome : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยที่เหมาะสม,มีการบริหารจัดการ Unit Cost ที่เหมาะสม

*** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนงานที่มีประสิทธิภาพ*

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละหน่วยบริการ Smart Hospital ระดับ S,M และ ระดับ F ที่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	50/66.66	100/83.33	100/83.33

เกณฑ์เป้าหมาย 1.1 โรงพยาบาล ระดับ S, M2 ผ่าน **Smart Place** ที่ 1 ข้อ **, Smart Tool** ที่ 3 ข้อ **, Smart Service** ผ่าน 6 ข้อ, **Smart Outcome** ผ่านข้อ 4.1,4.2 รวมที่ระดับร้อยละ 50

1.2 โรงพยาบาล ระดับ F2, F3 ผ่าน **Smart Place** ที่ 1 ข้อ **, Smart Tool** ที่ 3 ข้อ **, Smart Service** ผ่าน 6 ข้อ, **Smart Outcome** ผ่านข้อ 4.1,4.2 รวมที่ระดับร้อยละ 35

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ระดับ S รพ.บึงกาฬ

ระดับ M2 รพ.เซกา

ระดับ F2 รพ.พรเจริญ , โซ่พิสัย , ศรีวิไล ,ปากคาด ,บึงโขงหลง

ระดับ F3 รพ.บุ่งคล้า

วิธีจัดเก็บข้อมูล รวบรวมจากผลการประเมินของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ตามรอบการประเมิน 4 ครั้ง/ปี

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ 1. แบบสรุปประเมินผลงานของทีมประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1.รายการข้อมูล A1: จำนวนข้อที่ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ของแต่ละโรงพยาบาล

2.รายงานข้อมูล B1: จำนวนข้อทั้งหมดของเกณฑ์ Smart Hospital ทั้ง 14 ข้อ(ตามที่ระบุ)

โรงพยาบาล ระดับ S,M2 = $\frac{A1}{B1} \times 100$, โรงพยาบาล ระดับ F2 ,F3 = $\frac{A1}{B1} \times 100$

ระยะเวลาการประเมินผล ปีงบประมาณ 2565

เกณฑ์เป้าหมาย

Smart P,T,S,O	รอบ 3 เดือน ร้อยละ	รอบ 6 เดือน ร้อยละ	รอบ 9 เดือน ร้อยละ	รอบ 12 เดือน ร้อยละ
ระดับ S ,M2	ชี้แจงแนวทาง	-	-	50
ระดับ F2 ,F3	ชี้แจงแนวทาง	-	18	35

เกณฑ์การประเมินผล

รายการประเมิน
1.1 Smart Place
1. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look
1.2 Smart Tool
1. Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ
2. Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์
3. Devices: มีการเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ
1.3 Smart Service
1. BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออก โดยราชการ จากผู้รับบริการ
2. BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)
3. BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)
4. BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการอย่างน้อย 1 จุดบริการ OPD
5. BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม
6. BPM : มีระบบ e-payment
1.4 Smart Outcome (ผ่านข้อ 1,2)
1. BPM : มีการบริหารจัดการ Core Business Process *
2. BPM : มีระบบ ERP ที่เชื่อมโยงทุก Core Business Process แบบอัตโนมัติ *
3. Output : มีข้อมูล Unit Cost ในแต่ละแผนก
4. Outcome : มีระยะเวลาที่รอคอยที่เหมาะสม, มีการบริหารจัดการ Unit Cost ที่เหมาะสม

ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน
0	ไม่มีการดำเนินงาน
2	Smart place 1 ข้อ
3	Smart place 1 ข้อ Smart Tool 3 ข้อ
4	Smart place 1 ข้อ Smart Tool 3 ข้อ Smart Service 6 ข้อ
5	Smart place 1 ข้อ Smart Tool 3 ข้อ Smart Service 6 ข้อ Smart Outcome ข้อ 1,2

วิธีการประเมินผล การประเมินผลงาน

1. รอบ 3 เดือน สรุปข้อมูล ณ วันที่ 10 มกราคม 2565
2. รอบ 6 เดือน สรุปข้อมูล ณ วันที่ 10 มีนาคม 2565
3. รอบ 9 เดือน สรุปข้อมูล ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2565
4. รอบ 12 เดือน สรุปข้อมูล ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2565

โดย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ตรวจสอบผลการดำเนินงานทาง http://it-phdb.moph.go.th/smart-hospital/#/report และจัดส่งรายงานผล ไปยัง กองบริหารการสาธารณสุข

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ตรวจสอบข้อมูลการใช้โปรแกรม Smart Health ID ในกระบวนการยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ

เอกสารสนับสนุน 1. คู่มือการติดตั้ง Smart Health ID

2. คู่มือการติดตั้งเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (**Vital Sign**) เข้าสู่ **HIS** อัตโนมัติ

3. แนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

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

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการ (BK Governance)
ประเภทตัวชี้วัด **ยุทธศาสตร์**
ลักษณะตัวชี้วัด **(/) เชิงปริมาณ** **(/) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 37. ระดับความสำเร็จของการจัดระบบบริการต่อเนื่องดูแลผู้ป่วย NCDs ผ่านระบบ Telemedicine NCDs on Cloud และบริการสุขภาพอื่นๆ ผ่านระบบ Telemedicine
ค่าน้ำหนัก 3
หน่วยการวัด ระดับความสำเร็จ/ร้อยละ
คำนิยาม

1.การจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย NCDs ผ่านระบบ Telemedicine NCDs on Cloud ของ รพ.สต.นำร่อง หมายถึง การจัดบริการดูแลผู้ป่วย NCDs ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย NCDs ในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ให้ได้รับการพบแพทย์ รับการรักษาและคำแนะนำให้การดูแลตนเอง เจ้าหน้าที่ รพ.สต.นำร่อง ได้ปรึกษารับคำแนะนำจากแพทย์ ทั้งนี้ การจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย NCDs ผ่านระบบ Telemedicine ประกอบด้วย

1.การประชุมชี้แจงนโยบายแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์/พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ

2.รพ.สต.นำร่อง (10 แห่ง) ประกอบด้วย รพ.สต.ผาสวรรค์ โนนสมบูรณ์ หนองหัวช้าง บ้านต้องสมสนุก นาสะแบง ท่าดอกคำ โคกกว้าง บัวตูม และบ้านโนนสวาง

3.การเตรียมความพร้อมของระบบ ได้แก่ การเชื่อมโยงและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย NCDs จากฐานข้อมูล HosXP on Cloud อุปกรณ์เชื่อมต่อระบบ Conference System, Line Group)

4.ประชุมผู้เกี่ยวข้องกำหนดรูปแบบการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย NCDs ผ่านระบบ Telemedicine NCDs on Cloud

5.จัดระบบบริการต่อเนื่องดูแลผู้ป่วย NCDs ผ่านระบบ Telemedicine NCDs on Cloud อย่างน้อยเดือนละครั้ง

6.กำกับ รายงาน ติดตาม ประเมินผลและดูแลระบบ

2.การจัดบริการสุขภาพอื่นๆ ระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านระบบ Telemedicine หมายถึง การจัดบริการดูแลผู้รับบริการสุขภาพ ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบการจัดบริการสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ การอ่านผลเอกซเรย์ การอ่านผลทางพยาธิวิทยา การสั่งยาหรือส่งมอบยาให้ผู้ป่วย และการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย อื่นๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย ให้ได้รับการพบแพทย์ รับการรักษาและคำแนะนำให้การดูแลตนเอง เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ปรึกษารับคำแนะนำจากแพทย์ ซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเพิ่มประสิทธิผลในการรักษา ลดระยะเวลาของแพทย์ ในการเดินทางมาเพื่อรักษาพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยลดระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลได้ ผู้รับบริการ/ผู้ป่วยจะสะดวกสบายและไม่จำเป็นต้องเดินทางไกลมาที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ การจัดระบบบริการสุขภาพ ผ่านระบบ Telemedicine ประกอบด้วย LINE VDO call, Google meet, Skype, Microsoft Team, Facebook messenger

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ระดับความสำเร็จของการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย NCDs ผ่านระบบ Telemedicine on Cloud NCD ของ รพ.สต.นำร่อง	ระดับคะแนนความสำเร็จ	NA	NA	3 ขั้นตอน
ร้อยละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีระดับความสำเร็จของจัดบริการสุขภาพอื่นๆ ระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่าน ระบบTelemedicine	ร้อยละ	NA	NA	NA

เกณฑ์เป้าหมาย

1.การจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย DM ผ่านระบบ Telemedicine NCDs on Cloud ของ รพ.สต.นำร่อง

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ประชุมผู้เกี่ยวข้องกำหนดรูปแบบการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย NCDs ผ่านระบบ Telemedicine NCDs on Cloud 2. พัฒนาความพร้อมของระบบ (เชื่อมโยงข้อมูล, Conference System, Line Group) 3. ทดลองระบบและจัดบริการ	1. ทดลองระบบและจัดบริการ 2. กำกับ ติดตามและดูแลระบบ	1. จัดบริการต่อเนื่อง 2. กำกับ ติดตามและดูแลระบบ	1. จัดบริการต่อเนื่อง 2. กำกับ ติดตามและดูแลระบบ

2. การจัดบริการสุขภาพอื่นๆ ระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านระบบ Telemedicine

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ประชุมผู้เกี่ยวข้องกำหนดรูปแบบหรือแนวทางการบริการสุขภาพอื่นๆ ระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านระบบ Telemedicine 2. พัฒนาความพร้อมของระบบ (เชื่อมโยงข้อมูล , Conference System, Line Group) 3. ทดลองระบบและจัดบริการ	1. ทดลองระบบและจัดบริการ 2. กำกับ ติดตามและดูแลระบบ 3.ร้อยละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีระดับความสำเร็จของจัดบริการสุขภาพอื่นๆ ระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านระบบTelemedicine ร้อยละ 60	1. จัดบริการต่อเนื่อง 2. กำกับ ติดตามและดูแลระบบ 3.ร้อยละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีระดับความสำเร็จของจัดบริการสุขภาพอื่นๆ ระหว่าง โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านระบบTelemedicine ร้อยละ 80	1. จัดบริการต่อเนื่อง 2. กำกับ ติดตามและดูแลระบบ 3.ร้อยละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีระดับความสำเร็จของจัดบริการสุขภาพอื่นๆ ระหว่าง โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านระบบTelemedicine ร้อยละ 100

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำร่อง Telemedicine NCDs on Cloud 10 แห่ง

2.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 61 แห่ง

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1.จากการติดตามประเมินในพื้นที่ (site visit) 2 รอบ

2.การบันทึกรายงานในระบบโปรแกรมฐานข้อมูล HosXP และ HosXP PCU โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. เอกสารรายงานการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. ข้อมูลบันทึก

แหล่งข้อมูล

1.จากการติดตามประเมินในพื้นที่ (site visit) 2 รอบ

2.โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บันทึกรายงานในระบบโปรแกรมฐานข้อมูล HosXP และ HosXP PCU

สูตรการคำนวณ

1.A = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำร่อง 10 แห่ง (ผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จระดับ 5)

2.B = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่จัดบริการสุขภาพอื่นๆ ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ผ่านระบบTelemedicine (ผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จระดับ 5)

3.C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นำร่อง) ทั้งหมด

4.D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด $\frac{C}{D} \times 100$

ระยะเวลาการประเมินผล รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล

1.การจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย NCDs ผ่านระบบ Telemedicine NCDs on Cloud ของ รพ.สต.นำร่อง

ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน
1	1.ประชุมผู้เกี่ยวข้องกำหนดรูปแบบหรือแนวทางการบริการสุขภาพอื่นๆ ระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านระบบ Telemedicine
2	ดำเนินการในขั้นที่ 1 และ 2. พัฒนาความพร้อมของระบบ (เชื่อมโยงข้อมูล, Conference System, Line Group)
3	ดำเนินการในขั้นที่ 1 และ 2 3. ทดลองระบบและจัดบริการ
4	ดำเนินการในขั้นที่ 1, 2 และ 3 4.จัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย NCDs ผ่านระบบ Telemedicine on Cloud NCD อย่างน้อยเดือนละครั้ง
5	ดำเนินการในขั้นที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 5. จัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย NCDs ผ่านระบบ Telemedicine on Cloud NCD อย่างต่อเนื่อง 6. รายงานและประเมินผลการจัดบริการ ระบบดูแลผู้ป่วย NCDs ผ่านระบบ Telemedicine on Cloud NCD

2. การจัดบริการสุขภาพอื่นๆ ระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านระบบ Telemedicine

ร้อยละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีระดับความสำเร็จของจัดบริการสุขภาพอื่นๆ ระหว่าง โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านระบบTelemedicine				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล

1.การจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วย NCDs ผ่านระบบ Telemedicine NCDs on Cloud ของ รพ.สต. นำร่อง กำหนดเป็น แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากคะแนนความสำเร็จที่ดำเนินการตามเกณฑ์ ดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

<u>รอบที่ 1</u> (ระดับที่ 5 ประเมินจากกำหนดระยะเวลา รอบ 6 เดือน)

1 คะแนน	3 คะแนน	5 คะแนน
ขั้นตอนที่ 1 และ 2	ขั้นตอนที่ 1,2 และ 3	ขั้นตอนที่ 1,2,3 และ 4

<u>รอบที่ 2</u> (ระดับที่ 5 ประเมินจากกำหนดระยะเวลา รอบ 12 เดือน)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1และ 2	ขั้นตอนที่ 1,2และ 3	ขั้นตอนที่ 1,2,3 และ 4	ขั้นตอนที่ 1,2,3,4 และ 5

2. การจัดบริการสุขภาพอื่นๆ ระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านระบบ Telemedicine

<u>รอบที่ 1</u> (รอบ 6 เดือน)

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

<u>รอบที่ 2</u> (รอบ 12 เดือน)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100

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 การบริหารจัดการ (BK Governance)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 38. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬที่มีการดำเนินงานเพื่อลดปริมาณการใช้กระดาษที่ระดับไม่น้อยกว่าร้อยละ10 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
ค่าน้ำหนัก 3.5
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม **1. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ** หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่ง ในจังหวัดบึงกาฬ

2. มีการดำเนินงานเพื่อลดปริมาณการใช้กระดาษ หมายถึง มีนโยบายและดำเนินงานลดปริมาณการใช้กระดาษหรือเปลี่ยนจากการใช้กระดาษมาใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์แทนระบบเดิมหรือมีระบบโปรแกรมสำเร็จรูปที่สามารถลดปริมาณการใช้กระดาษลงอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การเลิกใช้บัตร OPD card , การยกเลิกการใช้ Family Folder , การใช้ QR Code ส่งไฟล์เอกสารการประชุมแทนเอกสารการประชุมที่เป็นกระดาษ , การใช้ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์แทนการพิมพ์หนังสือราชการหรือบันทึกข้อความ เป็นต้น

3. **ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10** หมายถึง สามารถลดปริมาณการใช้กระดาษลงได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปริมาณการใช้กระดาษเฉลี่ย 3 ปีย้อนหลัง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่น้อยลง จึงได้มีการนำแนวคิดการดำเนินงานสำนักงานไร้กระดาษ (Paperless) มาใช้โดยการเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาแทน ซึ่งจะสามารถลดภาระการใช้กระดาษได้เป็นอย่างมาก เป็นการใช้กระดาษอย่างมีประสิทธิภาพและมีการใช้กระดาษเท่าที่จำเป็น รวมทั้งการทำ 5 ส ซึ่งเป็นแนวนโยบายที่สอดคล้องกัน จึงได้ใช้แนวนโยบายนี้ขยายไปยังหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เช่น โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเน้นไปที่รูปแบบที่สอดคล้องกับการพัฒนาการสาธารณสุขในด้านอื่นๆ อีกทั้งเป็นการรักษาสิ่งแวดล้อมให้ถูกทำลายช้าลงด้วย

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬที่มีการดำเนินงานเพื่อลดปริมาณการใช้กระดาษ	ร้อยละ	-	-	-

เกณฑ์เป้าหมาย หน่วยงานทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬมีการดำเนินงานเพื่อลดปริมาณการใช้กระดาษ อย่างน้อย 1 กิจกรรม/โครงการ/ระบบ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ 1 แห่ง
2. โรงพยาบาล 8 แห่ง
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 8 แห่ง
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 61 แห่ง
รวม 78 แห่ง

วิธีจัดเก็บข้อมูล รวบรวมจากผลการประเมินของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ตามรอบการประเมิน 2 ครั้ง/ปี

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ 1. แบบสรุปประเมินผลงานของทีมประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1.รายการข้อมูล A1: จำนวนหน่วยงานที่มีการดำเนินงานเพื่อลดปริมาณการใช้กระดาษ

2.รายงานข้อมูล B1: จำนวนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

$$\text{ร้อยละ} = \frac{A1}{B1} \times 100$$

ระยะเวลาการประเมินผล - จังหวัดประเมินทุกหน่วยงาน รอบ 6 เดือน รอบ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล

รายการประเมิน
1. มีข้อมูลและวิเคราะห์การใช้กระดาษ 3 ปีย้อนหลัง
2. มีแผนการจัดทำระบบ Paperless ในปีงบประมาณ 2565 และมีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง (ระบุชื่อกิจกรรม .....)
3. มีการดำเนินงานการลดปริมาณการใช้กระดาษลง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 5
4. มีการดำเนินงานการลดปริมาณการใช้กระดาษลง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10
5. มีการดำเนินงานการลดปริมาณการใช้กระดาษลง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 15

พิจารณาจากคะแนนความสำเร็จที่ดำเนินการตามเกณฑ์ ดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

รอบที่ 1 ประเมิน รอบ 6 เดือน

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ข้อที่ 1		ข้อที่ 1-2		ข้อที่ 1-3

รอบที่ 2 ประเมิน รอบ 12 เดือน

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ข้อที่ 1	ข้อที่ 1-2	ข้อที่ 1-3	ข้อที่ 1-4	ข้อที่ 1-5

วิธีการประเมินผล 1. รอบ 6 เดือน สรุปข้อมูล ณ วันที่ 10 มีนาคม 2564
2. รอบ 12 เดือน สรุปข้อมูล ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2564

โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ตรวจสอบผลการดำเนินงานและรายงานผลต่อไป

เอกสารสนับสนุน แนวทางการดำเนินงานสำนักงานไร้กระดาษ (Paperless)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

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

ตัวชี้วัดการปฏิบัติงานสาธารณสุข 2565
ตัวชี้วัดประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : **1.** ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 0- 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน ตามแผนงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของหน่วยบริการในระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
ค่าน้ำหนัก : 2
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม :

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

2. มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของหน่วยบริการ คือ มาตรฐานฯ ที่สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค จัดทำขึ้น ประกอบด้วย การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น การให้บริการวัคซีน และ การบริหารจัดการข้อมูล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
1.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน BCG	ร้อยละ 90	92.22	93.52	92.31
2.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน HBV1	ร้อยละ 90	93.66	95.47	93.47
3.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน DTP3	ร้อยละ 90	87.26	85.52	81.31
4.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน HBV3	ร้อยละ 90	NA	85.52	84.75
5.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน Hib3	ร้อยละ 90	NA	21.35	77.99
6.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน OPV3	ร้อยละ 90	87.26	88.35	84.75
7.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน MMR1	ร้อยละ 95	84.21	86.23	81.64
8.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน IPV	ร้อยละ 90	87.34	88.22	86.74
9.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน Rota	ร้อยละ 90	NA	1.94	71.31
10.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 2 ปีที่ได้รับวัคซีน DTP4	ร้อยละ 90	82.72	87.96	86.2

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
11.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 2 ปีที่ได้รับวัคซีน OPV4	ร้อยละ 90	82.69	87.57	86.05
12.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 2 ปีที่ได้รับวัคซีน JE1	ร้อยละ 90	84.78	86.83	84.43
13.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 3 ปีที่ได้รับวัคซีน MMR2	ร้อยละ 95	83.39	88.5	85.46
14.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 3 ปีที่ได้รับวัคซีน JE2	ร้อยละ 90	72.88	77.95	77.93
15.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 5 ปีที่ได้รับวัคซีน DTP5	ร้อยละ 90	83.33	89.17	88.15
16.ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 5 ปีที่ได้รับวัคซีน OPV5	ร้อยละ 90	83.25	88.53	87.92

วัตถุประสงค์

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

เกณฑ์เป้าหมาย :

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 : งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ (HDC)

รายการข้อมูล

ร้อยละความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 0- 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน

A1 = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน BCG ในงวดรายงานนั้น

A2 = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน HB1 ในงวดรายงานนั้น

A3 = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP3 ในงวดรายงานนั้น

A4 = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน HBV3 ในงวดรายงานนั้น

A5 = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน Hib3 ในงวดรายงานนั้น

A6 = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV3 ในงวดรายงานนั้น

A7 = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่ ได้รับวัคซีน IPV ในงวดรายงานนั้น

A8 = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน MMR1 ในงวดรายงานนั้น

A9 = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน Rota ในงวดรายงานนั้น
A10 = เด็กอายุครบ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP4 ในงวดรายงานนั้น
A11 = เด็กอายุครบ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV4 ในงวดรายงานนั้น
A12 = เด็กอายุครบ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน JE1 ในงวดรายงานนั้น
A13 = เด็กอายุครบ 3 ปี ที่ ได้รับวัคซีน MMR2 ในงวดรายงานนั้น
A14 = เด็กอายุครบ 3 ปี ที่ ได้รับวัคซีน JE2 ในงวดรายงานนั้น
A15 = เด็กอายุครบ 5 ปี ที่ ได้รับวัคซีน DTP5 ในงวดรายงานนั้น
A16 = เด็กอายุครบ 5 ปี ที่ ได้รับวัคซีน OPV5 ในงวดรายงานนั้น
B1 = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน
B2 = เด็กอายุครบ 2 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน
B3 = เด็กอายุครบ 3 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน
B4 = เด็กอายุครบ 5 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน

สูตรการคำนวณ

BCG = (A1/B1)x100	Rota = (A9/B1)x100
HB1 = (A2/B1)x100	DTP4 = (A10/B2)x100
DTP3 = (A3/B1)x100	OPV4 = (A11/B2)x100
HBV3 = (A4/B1)x100	JE1 = (A12/B2)x100
Hib3 = (A5/B1)x100	MMR2 = (A13/B3)x100
OPV3 = (A6/B1)x100	JE2 = (A14/B3)x100
IPV = (A7/B1)x100	DTP5 = (A15/B4)x100
MMR1 = (A8/B1)x100	OPV5 = (A16/B4)x100

สูตรคำนวณคะแนนตัวชี้วัด

= (A1+A2+A3+A4+A5+A6+A7+A8+A9+A10+A11+A12+A13+A14+A15+A16) / 16

A1 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน BCG
A2 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน HB1
A3 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP3
A4 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน HBV3
A5 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน HIB3
A6 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV3
A7 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน IPV
A8 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน MMR1
A9 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน Rota
A10 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP4
A11 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV4
A12 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน JE1
A13 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 3 ปี ที่ ได้รับวัคซีน MMR2
A14 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 3 ปี ที่ ได้รับวัคซีน JE2
A15 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 5 ปี ที่ ได้รับวัคซีน DTP5

A16 = ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุครบ 5 ปี ที่ ได้รับวัคซีน OPV5

ระยะเวลาการติดตามประเมินผล : รายงวด (ไตรมาส)

เกณฑ์การประเมินผล

แนวทางการให้คะแนนความครอบคลุมการให้วัคซีน เป็นดังนี้

คะแนน 1	ความครอบคลุมการให้วัคซีน < 79
คะแนน 2	ความครอบคลุมการให้วัคซีน 80 – 84
คะแนน 3	ความครอบคลุมการให้วัคซีน 85 - 89
คะแนน 4	ความครอบคลุมการให้วัคซีน 90 - 94
คะแนน 5	ความครอบคลุมการให้วัคซีน 95 - 100

เอกสารสนับสนุน

1. หนังสือหลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่สร้างเสริมภูมคุ้มกันโรค
2. ตำราวัคซีนและสร้างเสริมภูมคุ้มกันโรค
3. งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ (HDC)
4. ระบบบริหารจัดการและติดตามการให้วัคซีนโควิด 19 กระทรวงสาธารณสุข (MOPH Immunization Center)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางนันทิกานต์ สุวะมาตย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์: 0 4249 2046 ต่อ 114 **โทรศัพท์เคลื่อนที่**: 08 1058 3796
e-mail: Nuntikan_nurse@hotmail.com หรือ dc.bkpho@gmail.com

2. นางสาวพิรญาณ์ เนตรวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุข
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 6068 6786
e-mail : dc.bkpho@gmail.com

3. นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 **โทรศัพท์เคลื่อนที่** 08 1263 6670
e-mail : korror_bk@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด **2.** เด็กปฐมวัย 3 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 60
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม เด็ก 3 ปี หมายถึง เด็กอายุ 3 ปีเต็มจนถึงอายุ 3ปี 11เดือน 29วัน
ปราศจากฟันผุ หมายถึง ในช่องปากเด็ก ปราศจากฟันผุ(caries free) โดยไม่มีรูฟันผุ(cavity) ฟันถอน(missing) และฟันอุด(filling)
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
เด็กปฐมวัย 3 ปี ปราศจากฟันผุ	ร้อยละ	51.47	71	72.4

แหล่งข้อมูลจาก HDC
เกณฑ์เป้าหมาย เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย เด็กอายุ3ปีเต็มจนถึงอายุ 3ปี 11เดือน 29วัน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
วิธีจัดเก็บข้อมูล จากรายงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพเดือนมิถุนายนและธันวาคม
แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ
1.รายงานข้อมูล A = จำนวน เด็ก 3 ปี ที่ปราศจากฟันผุ
2.รายงานข้อมูล B = จำนวนเด็ก 3 ปีที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (ในศพด.,ร.ร.อนุบาล)
สูตรคำนวณ Ax100/B
ระยะเวลาการประเมินผล ปีละ 2 ครั้ง
เกณฑ์การประเมินผล

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
20	30	40	50	60

วิธีการประเมินผล จากรายงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ ปีละ 2 ครั้ง รอบมิ.ย.และธ.ค. ตามปีการศึกษา
เอกสารสนับสนุน รายงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ ปีละ 2 ครั้ง รอบมิ.ย.และธ.ค. ตามปีการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด
1.น.ส.สิรินยา แสงไสย์ โทร : 086-8504402
2.น.ส.ปุณณิกา หมื่นสา โทร 088-5618807

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด เชิงปริมาณ
ชื่อตัวชี้วัด 3. เด็กอายุ 6 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ ร้อยละ 30
ค่าน้ำหนัก **2**
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม -เด็กอายุ 6 ปี หมายถึง เด็กอายุ 6 ปี 11 เดือน 29 วัน ซึ่งเป็นที่มีชื่อและตัวตนอยู่ปรากฏ รวมทั้งเด็กที่ไม่มีชื่อแต่มีตัวตนอยู่ ทั้งนี้รวมทุกสัญชาติ

-เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ หมายถึง การใช้วัสดุเคลือบหลุมร่องฟันทางบนหลุมร่องฟันที่ลึกของฟันกรามแท้ซี่ 16, 26, 36, 46

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
เด็ก 6 ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้	ร้อยละ	53.64	43.83	36.10

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 30
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 ๒ ครั้ง
เกณฑ์การประเมินผล

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
10	15	20	25	30

วิธีการประเมินผล

เด็กอายุ 6 ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 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.สิรินยา แสงไสย์ โทร : 086-8504402

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (✓) เชิงปริมาณ (✓) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 4. ความสำเร็จของการดำเนินงานในการลดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด อัตรา
คำนิยาม

จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2565		
		2562	2563	2564
อัตราการคลอดมีชีพในหญิง 15-19 ปี	อัตราต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	33.32	25.41	18.72

เกณฑ์เป้าหมาย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล

วิธีจัดเก็บข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ที่มีการคลอดและทำการแจ้งเกิดกับนายทะเบียนแห่งท้องที่ที่เด็กเกิดและปรากฏข้อมูลอยู่ในฐานทะเบียนราษฎร์

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (รพท./รพช./รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง)

1.รายงานข้อมูล A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากทะเบียนเกิด)

2. B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด

(จำนวนประชากรกลางปีจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์)**ระยะเวลาการประเมินผล**

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X 1,000

ระยะเวลาประเมินผล ประเมินผลตามรอบการประเมิน CUP 2 รอบ/ปี

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับจังหวัด

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
≥ 31	29 – 30	28 – 29	26 - 27	< 25

ระดับอำเภอ

แบ่งการประเมินโดยให้คะแนนตามระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน 4 ระดับ ดังนี้

<table>
<tr><th>ระดับ
ความสำเร็จ</th><th>รายละเอียดการดำเนินงาน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อำเภอมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในหญิงตั้งครรภ์อายุ 15 – 19 ปี เช่น ความพึงประสงค์ในการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ เป็นต้น</td><td>1</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อำเภอมีการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์อายุ 15 – 19 ปี เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่</td><td>0.5</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อำเภอมีการแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม/ในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 15 – 19 ปี</td><td>1</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี ต่อพันประชากร
<table>
<tr><td>0.5 คะแนน</td><td>1.0 คะแนน</td><td>1.5 คะแนน</td><td>2.0 คะแนน</td><td>2.5 คะแนน</td></tr>
<tr><td>≥ 31</td><td>29 – 30</td><td>28 – 29</td><td>26 - 27</td><td>< 25</td></tr>
</table></td><td>2.5</td></tr>
</table>

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. คู่มือการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธ์
2. คู่มือการดำเนินงานมาตรฐานการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ผ่านระบบ YFHS Application
3. Teenage Digital Platform ผ่าน Line Official Teen Club

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ชื่อ – สกุล นายสรศักดิ์ ตันทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ 110 โทรศัพท์มือถือ : 082-4966228
โทรสาร : 042-492011E-mail : Tor.sorasak@gmail.com
สถานที่ทำงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
2. ชื่อ – สกุล นางสาวธัญญลักษณ์ ทอนราช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ 110 โทรศัพท์มือถือ : 095-7345139
โทรสาร : 042-492011 E-mail : thonrach0204@gmail.com
สถานที่ทำงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด **5.**หญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟันร้อยละ 40
ค่าน้ำหนัก 1.5
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม การให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน หมายถึง การให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน รวมถึงการขูดหินน้ำลาย ซึ่งอาจจะเป็นการให้บริการภายในครั้งเดียวกันหรือ การนัดหมายมาขัดทำความสะอาดฟันภายหลัง

หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง ผู้ที่มารับบริการในระหว่างตั้งครรภ์

ทันตบุคลากร หมายถึง ทันตแพทย์ หรือจพ.ทันตสาธารณสุข/นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
หญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดความสะอาดฟัน	ร้อยละ	0	23.77	22.83

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 ๒ 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.น.ส.ปุณณิกา หมื่นสา โทร 088-5618807

ยุทธศาสตร์ที่ 1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 6.ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดำเนินงานไอโอดีนคุณภาพ
ค่าน้ำหนัก 1.5
หน่วยการวัด ขั้นตอน
คำนิยาม

1. หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองบึงกาฬ เซกา โซ่พิสัย ปากคาด ศรีวิไล พรเจริญ บึงโขงหลง บุ่งคล้า

2. ความสำเร็จของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดำเนินงานไอโอดีนคุณภาพ หมายถึง ความสำเร็จของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีกระบวนการและผลลัพธ์การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนครบตามขั้นตอนประเมิน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
	ร้อยละ	-	97.10	95.71

เกณฑ์เป้าหมาย

ร้อยละหน่วยปฐมภูมิในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์ตำบลไอโอดีนคุณภาพ ร้อยละ 70

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลไอโอดีนคุณภาพ ครบตามขั้นตอนที่กำหนด

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1. จากรายงาน ผลตรวจ TSH ทารกแรกเกิด รายงานการตรวจปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ รายงานการตรวจเกลือ
2. จากการประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขแต่ละอำเภอ ปีละ 2 ครั้ง

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

แหล่งข้อมูล : ข้อมูลการประเมินตนเอง/ข้อมูลผลสุ่มตรวจประเมินโดยทีมประเมินระดับอำเภอ/จังหวัด

สูตรการคำนวณ : ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ตำบลไอโอดีนคุณภาพ = (A/B) x 100

1. รายงานข้อมูล A = หน่วยปฐมภูมิในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลไอโอดีนคุณภาพครบตามขั้นตอนที่กำหนด
2. รายงานข้อมูล B =หน่วยปฐมภูมิในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด

ระยะเวลาการประเมินผล

รอบที่ 1 6 เดือนแรก (ตุลาคม 2564 – มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 6 เดือนหลัง (เมษายน 2565 – กันยายน 2565)

เกณฑ์การประเมินผล

รอบที่ 1 6 เดือนแรก (ตุลาคม 2564 – มีนาคม 2565)

1. ร้อยละหน่วยปฐมภูมิในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์ตำบลไอโอดีนคุณภาพครบ 2 ขั้นตอน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
<40	40 - 49	50 - 59	60 - 69	≥70

รอบที่ 2 6 เดือนหลัง (เมษายน 2565 – กันยายน 2565)

2. ร้อยละหน่วยปฐมภูมิในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์ตำบลไอโอดีนคุณภาพครบ 5 ขั้นตอน (ไตรมาส 4)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
<40	40 - 49	50 - 59	60 - 69	≥70

วิธีการประเมินผล

พิจารณาตามกระบวนการและผลลัพธ์ของการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ดังนี้

ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนเต็ม
1	**หน่วยบริการปฐมภูมิมีการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลงานไอโอดีน** มีการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมาดังนี้	1
	1.1 มีข้อมูลการได้รับยาและการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ในปีที่ผ่านมา	0.25
	1.2 มีสรุปผล TSH ของทารกแรกเกิดที่เกิดในปีที่ผ่านมา	0.25
	1.3 มีข้อมูลการมีและใช้เกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนปีที่ผ่านมา	0.25
	1.4 มีผลการสุ่มตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนในปีที่ผ่านมา	0.25
2	**หน่วยบริการปฐมภูมิมีแผนงานโครงการ และมาตรการ**	1
	2.1 มีแผนจัดเวทีคืนข้อมูลแก่ภาคีเครือข่าย	0.25
	2.2 มีแผนงาน/โครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน	0.25
	2.3 หน่วยบริการกำหนดหมู่บ้านไอโอดีนต้นแบบและหมู่บ้านไอโอดีนพลัส อย่างน้อยสถานบริการละ 1 หมู่บ้าน	0.25
	2.4 มีมาตรการดำเนินงานตามปัญหาในปีที่ผ่านๆ มา	0.25
3	**หน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบเฝ้าระวัง กำกับ ติดตามประเมินผล**	1
	3.1 สถานบริการมีการให้ความรู้ในการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนแก่ผู้รับบริการในคลินิก ANC และ WCC คลินิก อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง มีบันทึกการให้ความรู้	0.25
	3.2 สถานบริการมีการสุ่มตรวจคุณภาพ เกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน ปีละ 1 ครั้ง แยกรายหมู่บ้าน อย่างน้อยร้อยละ 10 ของจำนวนครัวเรือน	0.5
	3.3 สถานบริการมีการกำกับติดตามการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ อย่างน้อยร้อยละ 80 เพื่อรวบรวม และวิเคราะห์การได้รับยา (มีบันทึกการกินยาทุกวันและมีบันทึกผู้ตรวจสอบการกินยาของหญิงตั้งครรภ์)	0.25
	3.4 สถานบริการมีการสุ่มตรวจประเมินไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ตามรอบปีละ 1 ครั้ง	0.25

ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนเต็ม
4	**หน่วยบริการมีกระบวนการกระตุ้นให้เกิดความสำเร็จ**	**1**
	4.1 มีทีมระดับอำเภอติดตามเยี่ยมงานไอโอดีนใน รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	0.5
	4.2 จนท.หน่วยปฐมภูมิมีการติดตามการดำเนินงานกองทุนไอโอดีนในชุมชนร่วมกับอปท.และผู้นำชุมชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	**0.5**
5	**ผลลัพธ์การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน**	**1**
	5.1 มีข้อมูลร้อยละของครัวเรือนที่บริโภคเกลือเสริมไอโอดีน (มีและใช้เกลือเสริมไอโอดีนสม่ำเสมอ สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 5 วัน (เกณฑ์ร้อยละ 90)	0.1
	5.2 มีข้อมูลร้อยละครัวเรือนที่มีเกลือเสริมไอโอดีนมีคุณภาพ (20 – 40 ppm) (เกณฑ์ร้อยละ 90)	0.1
	5.3 มีข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ผลตรวจไอโอดีนในปัสสาวะเกิน 150 ไมโครกรัม (เกณฑ์ค่ามัธยฐานมากกว่า 150 ไมโครกรัม)	0.1
	5.4 มีข้อมูลร้อยละของทารกแรกเกิดอายุ 2 วันขึ้นไป มีค่า TSH มากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 3)	0.1
	5.5 มียาเม็ดเสริมไอโอดีนสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรจนครบ 6 เดือนหลังคลอดเพียงพอ	0.2
	5.6 มีผลการสุ่มร้านค้าแผงลอยมีเกลือไอโอดีนจำหน่าย (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90)	0.2
	5.7 มีข้อมูลร้านปรุงอาหารจำหน่ายมีการใช้เกลือไอโอดีนในการปรุงอาหาร (เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)	0.2

เอกสารสนับสนุน

1. จากรายงาน ผลตรวจTSH ทารกแรกเกิด รายงานการตรวจปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ รายงานการตรวจเกลือ
2. หนังสือคู่มือการดำเนินงานหมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีนต้นแบบ 2558

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 นางไกษร 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 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด :7. ความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มพระสงฆ์ สามเณร และแม่ชี
ค่าน้ำหนัก 1.5
หน่วยการวัด : ระดับความสำเร็จ
คำนิยาม : การส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนสุขภาพพระสงฆ์ สามเณร แม่ชี หมายถึง การดำเนินงานตามกรอบแนวคิด ดังนี้

1.มีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในพระสงฆ์และสามเณร แม่ชี ในวัดทุกรูป โดยใช้แบบ Verbal Screening (แบบPPA 003)

-ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง ประเมินดัชนีมวลกาย,วัดรอบเอว,วัดความดันโลหิต,ประเมินการสูบบุหรี่, ประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CVD Risk Score),ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX), คลอเลสเตอรอล (ตรวจโดยสมัครใจหรือเมื่อมีข้อบ่งชี้)

-กลุ่มแม่ชี ให้เพิ่มเติม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการคลำและมะเร็งปากมดลูก (ตามความสมัครใจ)

2.วิเคราะห์ผลการประเมินและแยกกรองพระสงฆ์ สามเณร แม่ชี ออกเป็นกลุ่ม ปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

-ถ้ากลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ เสี่ยงต่อเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหรือเสี่ยงต่อ โรคหัวใจและหลอดเลือด ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องนำเข้าสู่กิจกรรมการถวายความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3.ถวายความรู้แด่พระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้น 3อ. หลีกเลี่ยง 2ส. และเฝ้าระวังโดยใช้เครื่องมือ **“นคร”** หมายถึงดังต่อไปนี้

น : ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง ประเมิน ดัชนีมวลกาย

ค : วัดความดันโลหิตและประเมินค่าความดันโลหิต

ร : วัดรอบพุงและประมินภาวะอ้วนลงพุง

4.ส่งเสริมให้พระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการถวายความรู้เป็นพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพในวัด (พระอสว.)

5.ติดตามผลและประเมินสุขภาพพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงหลังการถวายความรู้ จำนวน 2 ครั้ง (3เดือนและ 6 เดือน) และรายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานผลการจัดบริการรายบุคคล_PPA64 _v2

6.ส่งเสริมให้มีการพัฒนาวัดสู่การประเมินรับรอง**เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ** ที่มีคุณสมบัติ ๕ ประการ คือ

6.1.วัดมีความสะอาดร่มรื่น

6.2.วัดมีความสงบร่มเย็น

6.3.วัดร่วมสร้างสุขภาพคนในชุมชน (สุขภาพร่วมสร้าง)

6.4.วัดร่วมสืบสานวัฒนธรรมประเพณี และมีแหล่งเรียนรู้ชุมชน (ศิลปะร่วมจิต(วิญญาณ))

6.5.วัดเป็นศูนย์รวมความสามัคคีในการร่วมกันพัฒนาหมู่บ้านและชุมชน (ชาวประชาร่วมพัฒนา)

7.สนับสนุนให้มีการพัฒนา**ยกระดับวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ 5P** ดังนี้

7.1 Partnership การมีเครือข่ายในการร่วมพัฒนาวัดรอบรู้ด้านสุขภาพ

7.2 Participation การประสานความร่วมมือในการร่วมดำเนินการพัฒนาทุกกระบวนการ

7.3 Planning การวางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงานพัฒนาวัดสู่การเป็นวัดรอบรู้ด้านสุขภาพ

7.4 Promotion การส่งเสริมการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

7.5 Public การส่งเสริมให้มี นโยบายสาธารณะ เพื่อการปฏิบัติของคนในชุมชน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มพระสงฆ์ สามเณร และแม่ชี	ขั้นตอนความสำเร็จ	-	4	5

เกณฑ์เป้าหมาย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :

1.พระสงฆ์ สามเณร แม่ชี อายุ 25 ปีขึ้นไป ในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ

2.วัดส่งเสริมสุขภาพ 1 วัด/ 1อำเภอ

3.วัดรอบรู้สุขภาพ 1 วัด/ 1อำเภอ

วิธีจัดเก็บข้อมูล

1.แบบ Verbal Screening รายงาน _003

2.ตาราง Excels แบบรายงาน_ 001 สป.สช.เขต8

3.แบบประเมินรับรองวัดส่งเสริมสุขภาพ

4.แบบประเมินวัดรอบรู้ด้านสุขภาพ

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A -

2.รายงานข้อมูล B -

ระยะเวลาการประเมินผล : ประเมินผลปีละ 2 ครั้ง ตามรอบประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับที่	รายละเอียด
1	มีการตรวจคัดกรอง พระสงฆ์ สามเณร แม่ชี
2	มีฐานข้อมูลผลการตรวจคัดกรอง พระสงฆ์ สามเณร แม่ชี กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย
3	พระสงฆ์ สามเณรกลุ่มเสี่ยง ได้รับการถวายความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นคร 2ส.
4	มีการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพและได้รับการประเมินรับรองจาก สสจ.บึงกาฬอย่างน้อย 1 วัด/1อำเภอ
5	มีการพัฒนาวัดรอบรู้ด้านสุขภาพและได้รับการประเมินรับรองจาก สสจ.บึงกาฬอย่างน้อย 1 วัด/1อำเภอ

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

วิธีการประเมินผล

1.ประเมินผลโดย แบบรายงาน ตาราง Excels รายบุคคล

2.แบบประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ

3.แบบประเมินวัดรอบรู้ด้านสุขภาพ

เอกสารสนับสนุน

1.แบบประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ

2.แบบประเมินวัดรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นางไกรษร จุลโยธา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทรศัพท์ : 0819544529

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : 8. ร้อยละการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของตำบลจัดการสุขภาพ
ค่าน้ำหนัก : 2
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 viverrini*, 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 การตรวจอัลตร้าซาวด์กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี 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 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
2. เคยกินปลาเกล็ดขาวดิบ
3. เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ
4. เคยกินปลาร้าดิบ
5. มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

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

ฐานข้อมูล Isan Cohort หมายถึง ระบบสารสนเทศทางสุขภาพ ภายใต้โครงการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Cholangiocarcinoma Screening and Care Program: CASCAP) โดยมุ่งเน้นให้หน่วยงานระดับพื้นที่ได้จัดการข้อมูลการดำเนินงานโรคมะเร็งท่อน้ำดี ที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ สร้างองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ และเชื่อมโยงกับการทำงานตามปกติของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข สะดวกและเกิดประโยชน์ทั้งด้านการวิจัย และการดำเนินงานประจำ รวมทั้งการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ (ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งท่อน้ำดีระดับโรงพยาบาล (รพท./รพช.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) ทุกแห่ง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)ในพื้นที่ตำบลใช้โปรแกรมและบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล Isan Cohort)

*****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.		
		2562	2563	2564
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 (Isan Cohort) **และ**ฐานข้อมูล R 506

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)

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

ระยะเวลาการประเมินผล ติดตามผล

รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564-กุมภาพันธ์ 2565

รอบที่ 2 : มีนาคม 2565-สิงหาคม 2565

เกณฑ์การประเมินผล

1. เกณฑ์การประเมินผล รอบที่ 1

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
มีแผนงาน/คำสั่ง 1.1 จัดทำแผนงาน/โครงการสนับสนุนการดำเนินงาน OVCCA 1.2 จัดทำคำสั่งคณะทำงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ	**มีการประชุมคณะทำงาน OVCCA ระดับอำเภอ** (อย่างน้อย 1 ครั้ง) ครอบคลุมเนื้อหาการประชุม ดังนี้ 1. นำข้อมูลจากฐานข้อมูล Isan cohort หรือผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อทบทวนวิเคราะห์สภาพปัญหา OVCCA ระดับพื้นที่ 2. หารือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาร่วมกันพร้อมระบุหน่วยงานรับผิดชอบ	**มีกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ** 3.1 สำรวจ เก็บและตรวจอุจจาระประชาชนกลุ่มเสี่ยง OV 3.2 การรักษาผู้ติดเชื้อ OV ด้วยยา 3.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง OV	**การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย/ชุมชน** 4.1 รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ (สุขศึกษา) สร้างกระแสในชุมชน 4.2 รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ (สุขศึกษา) สร้างกระแสในสถานศึกษา	**มีระบบฐานข้อมูล** 5.1 บันทึกข้อมูลการตรวจอุจจาระในฐานข้อมูล R 506 5.2 บันทึกข้อมูลการตรวจอัลตราซาวด์ในฐานข้อมูล Isan Cohort

2. เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 2

กิจกรรมดำเนินงาน	นน.	เกณฑ์การให้คะแนน					คะแนนที่ได้ (Ci)	คะแนนถ่วงน้ำหนัก (WixCi)
		1	2	3	4	5		
1. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง OV ได้รับการตรวจอุจจาระ		60	70	80	90	100	C1	W1xC1
2. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง OV ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		80	85	90	95	100	C2	W2xC2
3. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง CCA ได้รับการตรวจอัลตร้าซาวด์ และรักษา		80	85	90	95	100	C3	W3xC3
4. ร้อยละของหมู่บ้านได้รับความรอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Health Literate Community)		80	85	90	95	100	C4	W4xC4
รวม							Σ(WixCi)	

วิธีการประเมินผล

ประเมินผลการดำเนินงานโดยให้คะแนนตามเกณฑ์ผลงานในแต่ละรอบประเมินตามกิจกรรมการดำเนินการและใช้ข้อมูลในเอกสารที่สนับสนุนและหลักฐานเชิงประจักษ์

เอกสารสนับสนุน

1. แผนการดำเนินงาน สำเนาแผนงาน/โครงการ สำเนาคำสั่งฯ
2. แบบรายงานผลการดำเนินงาน ระเบียบวาระการประชุมหน่วยราชการระดับอำเภอ/ตำบลหรือหนังสือเชิญประชุมหรือใบลงทะเบียน รายงานสรุปผลการประชุม
3. แบบสรุปผลการดำเนินกิจกรรม พร้อมแนบภาพถ่ายกิจกรรม
4. ฐานข้อมูล Isan cohort
5. ฐานข้อมูล R 506

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางสาวหทัยกาญจน์ ยางศรี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์: 0 4249 2046 ต่อ 114 **โทรศัพท์เคลื่อนที่**: 08 9395 3114
e-mail: hathaikanatom@gmail.com

2. นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 **โทรศัพท์เคลื่อนที่** 08 1263 6670
e-mail : korror_bk@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด : ( ) เชิงปริมาณ (✓) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : **9.** ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก
ค่าน้ำหนัก : 1.5
หน่วยการวัด : ขั้นตอน
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)

<u>หมายเหตุ</u>

ก. รูปแบบของการให้บริการป้องกันฯเชิงรุกสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่ (1) ผู้ให้บริการเชิงรุก (Outreach) (2) เครือข่ายเพื่อน (3) ช้สื่อสังคมทางอิเลคโทรนิคส์ (social media) (4) มารับบริการเองหรือได้รับการนัดหมายจากหน่วยบริการ

ข. กรณีเข้าถึงบริการโดยรูปแบบการใช้สื่อสังคมทางอิเลคทรอนิคส์นั้นจะไม่รวมบริการในข้อ 2 ให้หมายถึงเฉพาะ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ1) ข้อ3) และข้อ4)เท่านั้น

ค. หน่วยที่จัดบริการ หมายถึงสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม

ง. จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการ หมายรวมทุกแหล่งงบประมาณที่มีการดำเนินงานในพื้นที่

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
-ผลการประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ร้อยละ	90	90	92

วัตถุประสงค์

1. การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลง
2. การเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลง
3. การตีตราและเลือกปฏิบัติลดลง

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
ร้อยละ 87	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94	**ร้อยละ 100**

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : กลุ่มประชากรหลัก ซึ่งหมายถึง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง(TG) กลุ่มพนักงานบริการ (SW) ทั้งหญิงและชาย กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)

วิธีจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงาน NAP และ NAP+ ที่หน่วยบริการบันทึก

แหล่งข้อมูล : 1. ข้อมูลการได้รับบริการป้องกันฯเชิงรุก จากระบบข้อมูล NAP+ จาก สปสช.

2. ข้อมูลการคาดประมาณจำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก จากสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค www.boe.moph.go.th/aids/ และคำนวณการประมาณการรายอำเภอโดย สสจ.บก

สูตรการคำนวณคะแนนตัวชี้วัด: (A/B) x 100

A = จำนวนกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกรายอำเภอ

B = จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลักที่คาดประมาณ รายอำเภอ

เกณฑ์การประเมินผล :

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

วิธีการประเมินผล :

1. กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน :

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-2 และ ร้อยละ 70	ขั้นตอนที่ 1-2 และ ร้อยละ 80	ขั้นตอนที่ 1-2 และ ร้อยละ 100

2. กำหนดเงื่อนไขและขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล
1	**-มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่เป็นปัจจุบัน/** คณะทำงานเอดส์ระดับอำเภอ (เพื่อแต่งตั้งคณะทำงานในการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก) -ข้อมูลคาดประมาณกลุ่มประชากรหลัก	-เอกสารหลักฐานรายชื่อคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานเอดส์ระดับอำเภอ -เอกสารจำนวนในการคาดประมาณกลุ่มประชากรหลักในแต่ละพื้นที่อำเภอ
2	แผนงานโครงการดำเนินงานในการเข้าถึงบริการกลุ่มประชากรหลัก (เพื่อเป็นกระบวนการในการคัดกรองค้นหากลุ่มประชากรหลัก)	-เอกสารแผนงานโครงการดำเนินงานเข้าถึงบริการกลุ่มประชากรหลัก -เอกสารการคัดกรองกลุ่มประชากรหลัก
3	การลงข้อมูล NAP ให้ได้ร้อยละ 70	ข้อมูล NAP+
4	การลงข้อมูล NAP ให้ได้ร้อยละ 80	ข้อมูล NAP+
5	การลงข้อมูล NAP ให้ได้ร้อยละ 100	ข้อมูล NAP+

ระยะเวลาการติดตามประเมินผล :

-ระยะเวลาประเมินรายไตรมาส (ประเมินในไตรมาสที่ 2, 4)

-ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายวิทวัช ไกรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์: 0 4249 2046 ต่อ 114 **โทรศัพท์เคลื่อนที่**: 09 0248 2501
e-mail: dc.bkpho@gmail.com

2. นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 **โทรศัพท์เคลื่อนที่** 08 1263 6670
e-mail : korror_bk@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด : ( ) เชิงปริมาณ (✓) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : 10. อัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
ค่าน้ำหนัก : 2
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม :

1. ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุด การรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา

1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 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. กลุ่มเป้าหมาย

3.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

3.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ(TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564–30 กันยายน 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

4. การค้นหากลุ่มเสี่ยง คือ เน้นในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวาน แรงงานต่างด้าว และบุคลากรสาธารณสุข ให้ครอบคลุมร้อยละ 90 เพื่อลดอัตราป่วยให้เหลือไม่เกิน 88 ต่อประชากร 100,000 คน ภายในปี 2565

5. ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง โปรแกรมการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติหรือโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP) คือระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	เป้าหมาย	85	85	88
	ผลงาน	87.84	89.19	87.50
อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ(TB Treatment Coverage)	เป้าหมาย	82.5	82.5	85
	ผลงาน	56.67	55.31	47.33

หมายเหตุ : อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่1 ของแต่ละปีงบประมาณ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ

2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข

เกณฑ์เป้าหมาย :

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :

1.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม-31 ธันวาคม 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

2.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 (1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

วิธีจัดเก็บข้อมูล : บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)

แหล่งข้อมูล : โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)

รายการข้อมูล

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2564) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ
(Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2565

B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2564)

สูตรการคำนวณคะแนนตัวชี้วัด

1. ร้อยละการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง คำนวณจาก

สูตรคำนวณ = (A/B) x 100

A = จำนวนเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองด้วยวิธีเอกซเรย์ปอดจำนวนเป้าหมายใน 7 กลุ่มเสี่ยง

B = จำนวนเป้าหมายใน 7 กลุ่มเสี่ยง

2.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) คำนวณจาก

สูตรคำนวณ = (A/B) x 100

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม-31 ธันวาคม 2564) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565

B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม-31 ธันวาคม 2564)

3. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564-30 กันยายน พ.ศ. 2565) คำนวณจาก

สูตรคำนวณ = (A/B) x 100

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564-30 กันยายน 2565)

B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564-30 กันยายน 2565) คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน

หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC

*ข้อมูลจาก WHO Global report 2019

การคำนวณคะแนนตัวชี้วัดเป็นคะแนนรวมผลการประเมิน

X = คะแนนการค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง

Y = คะแนนอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2564)

Z = คะแนนร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2565

สูตรคำนวณคะแนนรวม = (X+Y+Z) / 3

เงื่อนไขการคำนวณ :

การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไม่นับรวม

1) ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาส ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564)

2) กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือExtensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

เกณฑ์การประเมินผล :

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)				ร้อยละ 88
อัตราความครอบคลุม การขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ22	ร้อยละ44	ร้อยละ66	ร้อยละ88

หมายเหตุ : ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2565 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2565

วิธีการประเมินผล :

ใช้อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม-31 ธันวาคม 2564) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ

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

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

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

2.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย > ร้อยละ 88) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2564) เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์คะแนน	เกณฑ์ผลงาน
1 คะแนน	กิจกรรมที่ 3 ร่วมกับ Success Rate ≤70
2 คะแนน	กิจกรรมที่ 3 ร่วมกับ Success Rate 71-75
3 คะแนน	กิจกรรมที่ 3 ร่วมกับ Success Rate 76-80
4 คะแนน	กิจกรรมที่ 3 ร่วมกับ Success Rate 81-85
5 คะแนน	กิจกรรมที่ 3 ร่วมกับ Success Rate ≥88

3. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ≥ ร้อยละ 88 ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2565 เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์คะแนน	เกณฑ์ผลงาน
1 คะแนน	TB Treatment Coverage ≤69
2 คะแนน	TB Treatment Coverage 70-74
3 คะแนน	TB Treatment Coverage 75-79
4 คะแนน	TB Treatment Coverage 80-84
5 คะแนน	TB Treatment Coverage ≥85

ระยะเวลาการติดตามประเมินผล :

-ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4

-ครบรอบรายงานและประเมินผล วันที่ 30 กันยายน 2565

-ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส

เอกสารสนับสนุน

1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ
2. โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ หรือโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางนันทิกานต์ สุวะมาตย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

โทรศัพท์: 0 4249 2046 ต่อ 114 **โทรศัพท์เคลื่อนที่**: 08 1058 3796

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

2. นางสาวศิรินทรา ชนะดิษฐ์ นักวิชาการสาธารณสุข

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

โทรศัพท์: 0 4249 2046 ต่อ 114

e-mail: dc.bkpho@gmail.com

3. นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 **โทรศัพท์เคลื่อนที่** 08 1263 6670

e-mail : korror_bk@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด : ( ) เชิงปริมาณ (✓) เชิงคุณภาพ (วัดระดับความสำเร็จ)
ชื่อตัวชี้วัด 11.ร้อยละศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
ค่าน้ำหนัก : 2
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม :

ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง หมายถึง ทุกอำเภอ ดำเนินการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ให้สามารถปฏิบัติงานได้จริง โดยดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 - 5

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้วยด้วย

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ

การพัฒนาศูนย์ EOC หมายถึง การพัฒนาศูนย์ EOC เพื่อให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทุกโรคและภัยสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยมีการพัฒนา 3 ด้าน ดังนี้

-ด้านระบบงาน (System) หมายถึง ระบบงาน เช่น แผน มาตรฐานการปฏิบัติการ (SOP) งบประมาณ

-ด้านอุปกรณ์ (Stuff) หมายถึงห้องสำหรับให้ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงาน มีโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ทันสถานการณ์ สามารถเชื่อมโยงได้ ระบบแสดงผลการประมวลข้อมูลข่าวสาร และระบบสื่อสาร

-ด้านกำลังคนที่มีสมรรถนะ (Staff) หมายถึง หน่วยงานจะต้องกำหนดและมีการวางแผนแบ่งบุคลากรที่สามารถระดมมาช่วยดำเนินการในภาวะฉุกเฉินได้ ให้รับผิดชอบกลุ่มภารกิจต่างๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการฝึกอบรมความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้จริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น

All Hazards Plan (AHP) หมายถึง แผนปฏิบัติการควบคุมทุกโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ทันต่อสถานการณ์ และมีประสิทธิภาพ ใช้ในกรณีที่มีการประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ จำนวน 8 อำเภอ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2562	2563	2564	**2565**
ระดับความสำเร็จของอำเภอในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ร้อยละ	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100	**ร้อยละ 100**

ปี 2565 ทุกหน่วยงานดำเนินตามเกณฑ์การประเมิน ในระดับดี ได้ ดังนี้

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2 และ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : คณะกรรมการ EOC ตามกลุ่มภารกิจระดับอำเภอ 8 อำเภอ ของจังหวัดบึงกาฬ

วิธีจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยแบบฟอร์มรายงาน/ รายงานผลการดำเนินงาน

แหล่งข้อมูล : ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยการรายงานผลในรูปแบบเอกสารหรือ**เอกสารอิเล็กทรอนิกส์**

ระยะเวลาการติดตามผลประเมินผล

รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564-กุมภาพันธ์ 2565

รอบที่ 2 : มีนาคม 2565-สิงหาคม 2565

เกณฑ์การให้คะแนน:

ระดับความสำเร็จ	**คะแนน**	
ระดับ 1	ร้อยละ 80	< 80
ระดับ 2	ร้อยละ 85	81 -85
ระดับ 3	ร้อยละ 90	86 - 90
ระดับ 4	ร้อยละ 95	91 - 95
ระดับ 5	ร้อยละ 100	96 - 100

ปี 2565 นับจำนวนหน่วยงานที่สามารถดำเนินการได้ทั้ง 5 ขั้น (ร้อยละ 100) ขั้นตอนที่ 1 - 5 สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย

ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้

ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้

ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้

ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน)ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้

ข้อมูลสนับสนุน

ปี 2561 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85)
ปี 2562 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 90)
ปี 2563 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 95)
ปี 2564 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 100)
ปี 2565 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 100)

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสารหลักฐานประกอบการประเมินผล
1	<u>**ระดับอำเภอ**</u> **ผู้บริหาร และ หัวหน้ากลุ่มภารกิจ**ในระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับจังหวัด **ทุกคน**ผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS สำหรับผู้บริหาร) **หมายเหตุ:** 1. **ผู้บริหาร** หมายถึง นพ.สสจ.ผชช.ว., ผชช.ส.และ ผอ.รพศ.หรือ ผอ.รพท. (ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหารในปีงบประมาณ 2561-2562 ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการอบรมซ้ำ) **2.หัวหน้ากลุ่มภารกิจ** หมายถึงหัวหน้ากลุ่มงานที่รับผิดชอบภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) และหัวหน้ากลุ่มรับผิดชอบภารกิจปฏิบัติการ (Operation) ที่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร รวมจังหวัดละ 2 คน	1. คำสั่งแต่งตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและคณะทำงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับอำเภอ 2. รายชื่อผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มภารกิจในระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS สำหรับผู้บริหาร) (จำนวน 9 ชม.)
2	ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) อำเภอสามารถเฝ้าระวัง ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ได้	**1. ตารางการปฏิบัติงาน**ของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) อำเภอ เป็นรายปี โดยระบุผู้ประสานงานหลักด้านข้อมูลเป็นรายสัปดาห์ 2. รายงานการตรวจสอบข่าวการเกิดโรคและภัยที่ผิดปกติประจำสัปดาห์ (SAT Weekly report) ทุกสัปดาห์ 3. Spot Report ตามเงื่อนไขและเวลาที่กำหนด
3	วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ พร้อมทั้งจัดทำรายการทรัพยากรที่สำคัญ จำเป็นที่จะต้องใช้เพื่อรับมือโรคและภัยสุขภาพสำคัญเหล่านั้น	-รายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพ **(Rapid Risk Assessment: RRA)** ระดับอำเภอที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด**อย่างน้อย 2 ฉบับ** -รายการทรัพยากรที่สำคัญ จำเป็นที่จะต้องใช้เพื่อรับมือโรคและภัยสุขภาพสำคัญ

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสารหลักฐานประกอบการประเมินผล
4	จัดทำรายชื่ออัตรากำลังคน (Surge capacity plan) ของหน่วยงานในระดับอำเภอ เพื่อเข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ตามระดับความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (4 ระดับ) **หมายเหตุ :** หน่วยงานในระดับจังหวัดหมายถึงหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ระดับจังหวัด ถึงระดับอำเภอ)	ทะเบียนรายชื่ออัตรากำลังคนของหน่วยงานที่เข้าร่วมสนับสนุนหรือปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระดับความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (4 ระดับ)
5	นำระบบการบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS) มาใช้จริงอย่างน้อย 1 ครั้ง (กรณีไม่มีเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเกิดขึ้น ต้องกำหนดการซ้อมแผน ซึ่งอาจเป็นการซ้อมอภิปรายบนโต๊ะหรือฝึกปฏิบัติจริงตามผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านโรค/ภัยสุขภาพ ของหน่วยงาน)	1. **รายงานผล**การบัญชาการเหตุการณ์และปฏิบัติงานตาม IAP ของเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข 2. หรือ มี**รายงานการฝึกซ้อม**แผนในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขโดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามแบบฟอร์ม IAP 3. กรณีมีการ Activate EOC ต้องส่ง **Weekly Report** ให้ สสจ. จนกว่าจะ Deactivate EOC

เอกสารสนับสนุน

1. แผนงาน/โครงการ
2. คำสั่ง/รายงานการประชุม/การอบรม
3. บันทึกกิจกรรมการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง
4. ภาพกิจกรรมการรณรงค์/การดำเนินงาน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายวิทวัช ไกรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

โทรศัพท์ 042-492046 ต่อ 114 **โทรศัพท์เคลื่อนที่** 09 0248 2501

e-mail : dc.bkpho@gmail.com

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

2. นายชำนาญ ไวแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

โทรศัพท์ 0 4249 2046 ต่อ 114 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1263 6670

e-mail : korror_bk@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 12. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด
คำนิยาม โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ดังนี้

ระดับพื้นฐาน หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 เกณฑ์ข้อที่ 1-10	
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา	
1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital โดยการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	
ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม G-R-E-E-N	
G : GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ
R : RESTROOM	4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก
E : ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
E : ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ
	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
N : NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร
	9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561
	10. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
ระดับดี หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ ข้อที่ 11-12	
	11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ

	12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)
ระดับดีมาก หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดี และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ ข้อที่ 13-14	
	13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
	14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
ระดับดีมาก Plus หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ ข้อที่ 15-16	
	15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่
	16. โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป **<u>หรือ</u>** โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับสถานพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์	ร้อยละ			
ระดับพื้นฐาน		12.5	-	-
ระดับดี		37.5	50	25
ระดับดีมาก		37.5	-	25
ระดับดีมาก Plus		12.5	50	50

เกณฑ์เป้าหมาย

โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN hospital ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 100

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.) ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus

2.รายงานข้อมูล B = -

ระยะเวลาการประเมินผล รายไตรมาส รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน (ธันวาคม 2564, มีนาคม 2565, มิถุนายน 2565, กันยายน 2565)

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับ	การดำเนินงาน
1	ดำเนินการ ขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 2 รวม 9 ข้อ
2	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน
3	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ระดับดี
4	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
5	- ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus - มีนวัตกรรม GREEN อย่างน้อย 1 เรื่อง

ประเมินรอบที่ 1

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

ประเมินรอบที่ 2

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

วิธีการประเมินผล

1.โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล

2.ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

3.ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส

เอกสารสนับสนุน

1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital
2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล
3. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน
4. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital)
5. คู่มือการดำเนินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางสาวสิริรัตน์ อยู่งาน ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 101 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 101 โทรศัพท์มือถือ : 08 1827 1787
   โทรสาร : 0 4246 2001 E-mail : paisan.k13@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 13.ระดับความสำเร็จของอำเภอจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัย และมลพิษสิ่งแวดล้อม
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ระดับความสำเร็จ
คำนิยาม
อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัย และมลพิษสิ่งแวดล้อม หมายถึง อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการรับสัมผัสปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม
การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง อำเภอมีการดำเนินการค้นหาและประเมินความเสี่ยงและกำหนดมาตรการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งมีกลไกการบริหารจัดการ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่องรายละเอียดดังนี้
1. มีข้อมูลสถานการณ์ เฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อม และแจ้งเตือนความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น มีข้อมูล (เช่น สิ่งแวดล้อมสุขภาพ และกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น) การเฝ้าระวังปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การสื่อสารเตือนภัย และเผยแพร่ข้อมูลผ่านช่องทางต่าง ๆ เป็นต้น
2. เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพและการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐาน และสอบสวนโรคอย่างทันท่วงที เช่น เฝ้าระวังโรคที่เกี่ยวข้องกับขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 2 โรค ได้แก่
1) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
2) โรคอาหารเป็นพิษ(Food Poisoning)
จัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐาน สำหรับสถานประกอบการ กิจการกิจกรรม โดยใช้เครื่องมือและ Platform (Thai Stop COVID Plus) เป็นต้น
3. สร้างความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพแก่ประชาชนและสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพ คือ มีการจัดทำกระบวนการสร้างความรอบรู้ที่เกี่ยวกับมลพิษสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชน หรือการดำเนินงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่สะท้อนต่อการสร้างความรอบรู้ที่เกี่ยวกับมลพิษสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชน เช่นการสื่อสารให้ข้อมูลแก่ประชาชนผ่านช่องทางต่าง ๆ และการเฝ้าระวัง และสื่อสารด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นตัน
4. การดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่เสี่ยง เช่น การจัดระบบบริการสุขภาพคลินิกมลพิษ มีระบบการจัดการสุขลักษณะในสถานประกอบการ กิจการ กิจกรรมปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด และ อสม/ทีมหมอครอบครัวลงพื้นที่ดูแลสุขภาพประชาชน เป็นตัน
5. มาตรการทางกฎหมาย ได้แก่ สนับสนุนการใช้กฎหมายเกี่ยวที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดปัญหาด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขลักษณะในสถานประกอบการ ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด เป็นต้น
วิธีจัดเก็บข้อมูล 1. อำเภอ ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจัดทำรายงาน ผลการดำเนินงานและส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายไตรมาส รอบ 3,6 และ 12 เดือน
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด และส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละอำเภอจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขาอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม	-	-	-	-

เกณฑ์เป้าหมาย อำเภอจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขาอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม 60%

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย รพ.สต./สสอ./รพท./รพช. ทั้ง 8 อำเภอ

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ รพ.สต./สสอ./รพท./รพช. ทั้ง 8 อำเภอ

ระยะเวลาการประเมินผล รายไตรมาส รอบ 3,6 และ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับ 1	อำเภอมีข้อมูลสถานการณ์อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวกับการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ โรคจากภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาของพื้นที่ (โรคอาหารเป็นพิษ)
ระดับ 2	- อำเภอมีมาตรการ แผนงาน โครงการ หรือแนวทางการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดของอัตราป่วยด้วยโรคจากภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาของพื้นที่(โรคอาหารเป็นพิษ) - อำเภอมีแนวทางการเฝ้าระวังจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ได้มาตรฐานสำหรับสถานประกอบการ โดยใช้เครื่องมือ Thai Stop COVID Plus และ COVID Free Setting ร้อยละ 50 ของสถานประกอบการ ทั้งหมด
ระดับ 3	อำเภอมีแนวทางการเฝ้าระวังจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ได้มาตรฐานสำหรับสถานประกอบการ โดยใช้เครื่องมือ Thai Stop COVID Plus และ COVID Free Setting ร้อยละ 70 ของสถานประกอบการ ทั้งหมด
ระดับ 4	- อำเภอมีแนวทางการเฝ้าระวังจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ได้มาตรฐานสำหรับสถานประกอบการ โดยใช้เครื่องมือ Thai Stop COVID Plus และ COVID Free Setting ร้อยละ 80 ของสถานประกอบการ ทั้งหมด
ระดับ 5	อำเภอมีอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวกับการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ โรคจากภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาของพื้นที่(โรคอาหารเป็นพิษ) ลดลงจากปีที่ผ่านมา

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

2. สสจ.รายงานผลให้ สคร.8

เอกสารสนับสนุน 1. พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562

2. แนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ชื่อ – สกุล นายไพชยนต์ โสดามรรค ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 โทรศัพท์มือถือ : 093-4389180 โทรสาร : 0 4249 2001

E-mail :phaichayon9606@gmail.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 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 14.ระดับความสำเร็จของอำเภอที่ผ่านการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด
คำนิยาม
1. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม หมายถึง การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562
2. โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม 7 โรค ได้แก่
<u>โรคจากการประกอบอาชีพ</u>
1.โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบตะกั่ว
2.โรคจากฝุ่นซิลิกา
3.โรคจากภาวะอับอากาศ
4.โรคจากแอสเบสตอส(ใยหิน) หรือโรคมะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส(ใยหิน)
5.โรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช
<u>โรคจากสิ่งแวดล้อม</u>
1.โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบตะกั่ว
2.โรคหรืออาการที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน
ซึ่งประกอบด้วย

1. การประเมินระบบการแจ้งและการรายงานข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้สงสัยป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม
2. การสอบสวนโรค โดยหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
3. การใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้จากระบบการเฝ้าระวัง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหา

3. ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรวบรวมข้อมูลการเกิด การกระจาย หรือปัญหาทางสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสนับสนุนให้เกิดโรคและภัยสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เรียบเรียง วิเคราะห์ แปลผล และใช้ประโยชน์ในการวางแผนงาน โครงการ การปฏิบัติงาน และการประเมินมาตรการควบคุมป้องกันโรคการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
-	-	-	-	-

วิธีจัดเก็บข้อมูล 1. อำเภอ ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจัดทำรายงาน ผลการดำเนินงาน และส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปีละ 2 รอบ
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด และส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8
เกณฑ์เป้าหมาย อำเภอ ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 100 %
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย รพ.สต./สสอ./รพท./รพช. ทั้ง 8 อำเภอ
แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ รพ.สต./สสอ./รพท./รพช. ทั้ง 8 อำเภอ
ระยะเวลาการประเมินผล ปีละ 2 ตามรอบประเมิน CUP
เกณฑ์การประเมินผล

ระดับ 1	มีระบบการแจ้งและการรายงานข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้สงสัยป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม
ระดับ 2	มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ตาม พรบ. โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 เพื่อระบุปัญหาของพื้นที่ อย่างน้อย 1 โรค
ระดับ 3	มีแผนงาน โครงการ หรือแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562
ระดับ 4	มีคณะกรรมการ คณะทำงาน คณะกรรมการอื่นๆ หรือหน่วยปฏิบัติการ ในการขับเคลื่อนการลดโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม
ระดับ 5	ผ่านการประเมินมาตรการควบคุมป้องกันโรคการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม

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
2. สสจ.รายงานผลให้ สคร.8
เอกสารสนับสนุน 1. พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562
2. แนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม
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

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 15. ระดับความสำเร็จของการพัฒนา ตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market) พื้นที่ขยาย อำเภอละ 1 แห่ง
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ระดับความสำเร็จ
คำนิยาม

ตลาดนัด หมายถึง ตลาดประเภทที่ 2 ตามกฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.2551

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 ซม. 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 มีการล้างทำความสะอาด และจัดเก็บอย่างถูกต้อง
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

การปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.

คำถาม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. ทำความสะอาดพื้น พื้นผิวสัมผัสบ่อยๆ ทั้งก่อนและหลังการให้บริการ		
2. ให้ผู้ประกอบการ และผู้ใช้บริการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ใช้บริการ		
3. ให้มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค		
4. ให้เว้นระยะห่างระหว่างบุคคลแผงค้า รวมถึงระยะห่างระหว่างการเดิน		
5. ให้ควบคุมจำนวนผู้ใช้บริการ มิให้แออัด		
6. มีการสุ่มตรวจ ATK ร้อยละ 10		
7. ผู้ประกอบกิจการ (พ่อค้า แม่ค้า) ได้รับวัคซีนป้องกัน COVID-19 ครบ 2 เข็ม ร้อยละ 70		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ระดับดี		ไม่เป็นตัวชีวัด	ไม่เป็นตัวชีวัด	1.ตลาดนัด น่าซื้อ (Healthy Market) จำนวน 1 แห่ง (ตลาดนัดคลองถามปากคาด อ.ปากคาด)

เกณฑ์เป้าหมาย ตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market) พื้นที่ขยาย อำเภอละ 1 แห่ง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 8 อำเภอ

วิธีจัดเก็บข้อมูล โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และรายงานผลการดำเนินตามตัวชี้วัดรายไตรมาส มายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

แหล่งข้อมูล โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

สูตรการคำนวณ A

1.รายงานข้อมูล A = อำเภอมีการพัฒนาร้านอาหาร ตามเกณฑ์เป้าหมาย

2.รายงานข้อมูล B = -

ระยะเวลาการประเมินผล รอบ 6 และ 12 เดือน (มีนาคม 2565, กันยายน 2565)

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน ข้อที่ 1 - ข้อที่ 6 - มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน 10 ข้อ - มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานและระดับดี ข้อที่ 11 – ข้อที่ 13 - มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานและระดับดี 15 ข้อ - มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.	ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน ระดับดี และระดับดีมากครบ 20 ข้อ - มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.

ระดับอำเภอ

ประเมินรอบที่ 1

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

ประเมินรอบที่ 2

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

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)

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 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 16. ระดับความสำเร็จของการพัฒนา อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) ตามเกณฑ์มาตรฐาน
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด
คำนิยาม
อาหารริมบาทวิถี หมายถึง อาหารที่จำหน่ายในแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ตั้งริมฟุตบาทหรือริมบาทวิถี มีลักษณะเป็นแคร่ แท่น โต๊ะ แผง รถเข็น หรือพาหนะอื่นใดที่ขายอาหาร เครื่องดื่ม น้ำแข็ง โดยตั้งประจำที่ในบริเวณที่ทางราชการอนุญาต อันได้แก่ ที่ทางสาธารณะ ที่เอกชน ที่ราชพัสดุ ที่สาธารณประโยชน์ บริเวณวัด หรือที่ริมน้ำ ซึ่งอาจจะมีการจัดตั้งแบบถาวร หรือเคลื่อนย้ายได้ตามช่วงเวลาที่กำหนด

มาตรฐานอาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่

1. มิติสุขภาพ : สุขาภิบาลอาหาร 10 ข้อ ต้องผ่านทุกข้อ
   : โภชนาการ มีการส่งเสริมเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 1 กิจกรรม เช่น เมนูชูสุขภาพ/การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เช่น Low Sugar/เมนูทางเลือก การรับประทานผัก ผลไม้
2. มิติเศรษฐกิจ : จำนวน 6 ข้อ เลือกทำอย่างน้อย 3 ข้อ
3. มิติสังคม : จำนวน 4 ข้อ เลือกทำอย่างน้อย 2 ข้อ
4. มิติวัฒนธรรม : จำนวน 2 ข้อ เลือกทำอย่างน้อย 1 ข้อ

ดังนี้

1. มิติสุขภาพ : สุขาภิบาลอาหาร (ต้องผ่านทุกข้อ)	
1.1	หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายอาหารในที่หรือทางสาธารณะ และกำหนดจุดผ่อนผันที่อนุญาตให้ตั้งวางจำหน่ายอาหาร
1.2	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ทั้งด้านกายภาพและชีวภาพ
1.3	ผู้สัมผัสอาหารผ่านการอบรม (มีบัตรประจำตัวผู้สัมผัสอาหาร/ประกาศนียบัตร)
1.4	มีการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ตามกฎหมายกำหนด
1.5	ไม่ใช้โฟมบรรจุอาหาร (No Foam)
1.6	มีการจัดบริการช้อนกลาง
1.7	มีการจัดบริการส้มสะอาด
1.8	มีการจัดบริการอ่างล้างมือ
1.9	มีการเก็บรวมรวมมูลฝอยตามหลักสุขาภิบาล และมีการจัดการนำเสียก่อนทิ้งลงท่อสาธารณะ

1. มิติสุขภาพ : สุขาภิบาลอาหาร (ต้องผ่านทุกข้อ)	
1.10	มีการตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยอาหาร น้ำ/น้ำแข็งบริโภค - น้ำแข็งบริโภคแยกเก็บจากน้ำแข็งแช่อาหาร และไม่มีสิ่งของอื่นแช่ปน - มีการสุ่มตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร น้ำดื่ม และน้ำแข็งบริโภคตามความถี่ที่เหมาะสม - มรการสุ่มตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารที่จำหน่ายทุก 3 เดือน (ฟอร์มาลิน สารกันรา สารฟอกขาว บอแรกซ์ สารเคมีตกค้างในพืชผัก และสารโพลาร์)
1. มิติสุขภาพ : โภชนาการ มีการส่งเสริมให้มีการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพ หรือการจำหน่ายเมนูชูสุขภาพ โดยกำหนดให้มีการส่งเสริมเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 1 กิจกรรม เช่น เมนูชูสุขภาพ/การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เช่น Low Sugar/เมนูทางเลือก การรับประทานผัก ผลไม้	
2. มิติเศรษฐกิจ (เลือกทำอย่างน้อย 3 ข้อ)	
2.1	ราคาถูก (หนูนิชย์ติดดาว) หรือ ติดป้ายแสดงราคา
2.2	มีการรวมกลุ่มของผู้ประกอบการเพื่อผลประโยชน์ร่วมกัน เช่น ชมรม สมาคม กลุ่มการค้า เป็นต้น
2.3	มีการประชาสัมพันธ์การจำหน่ายสินค้าในพื้นที่
2.4	มีป้ายบอกชื่อร้านหรือแผงลอย อย่างน้อย 2 ภาษา ที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน
2.5	มีรายการอาหารอย่างน้อย 2 ภาษา พร้อมระบุราคาที่เป็นธรรม และมีรูปภาพประกอบ
2.6	มีการจำหน่ายสินค้าแต่ละประเภทเป็นหมวดหมู่ที่ปะปนกัน (Zoning)
3. มิติด้านสังคม (เลือกทำอย่างน้อย 2 ข้อ)	
3.1	มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชุมชน OTOP/SME/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/Yong Smart Famer/ออแกนิก/ธรรมชาติ
3.2	จัดให้มีจุดบริการข้อมูลสำหรับนักท่องเที่ยว
3.3	มีระบบรักษาความปลอดภัยในทรัพย์สินของนักท่องเที่ยว ที่ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3.4	จัดให้มีถังดับเพลิงที่พร้อมใช้งานหรืออยู่ใกล้บริเวณถนนอาหารปลอดภัยอยู่เสมอ
4. มิติด้านวัฒนธรรม (เลือกทำอย่างน้อย 1 ข้อ)	
4.1	มีการจำหน่ายอาหารพื้นบ้าน/การแต่งกายประจำถิ่น
4.2	มีการแสดงวัฒนธรรมประจำถิ่น/ป้าย Story Culture

การปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.

คำถาม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. ทำความสะอาดพื้น พื้นผิวสัมผัสบ่อยๆ ทั้งก่อนและหลังการให้บริการ		
2. ให้ผู้ประกอบการ และผู้ใช้บริการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย ตลอดเวลาที่ใช้บริการ		
3. ให้มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค		
4. ให้เว้นระยะห่างระหว่างบุคคลแผงค้า รวมถึงระยะห่างระหว่างการเดิน		
5. ให้ควบคุมจำนวนผู้ใช้บริการ มิให้แออัด		
6. มีการสุ่มตรวจ ATK ร้อยละ 10		
7. ผู้ประกอบกิจการ (พ่อค้า แม่ค้า) ได้รับวัคซีนป้องกัน COVID-19 ครบ 2 เข็ม ร้อยละ 70		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ระดับพื้นฐาน		ไม่เป็นตัวชีวัด	ไม่เป็นตัวชีวัด	2.อาหารริมบาทวิถี Street Food Good Health จำนวน 1 แห่ง (ตลาดต้องชม ถนนข้าวเม่าริมโขง อ.เมืองบึงกาฬ)

เกณฑ์เป้าหมาย อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) ตามเกณฑ์มาตรฐาน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 8 อำเภอ

วิธีจัดเก็บข้อมูล โรงพยาบาลบึงกาฬ/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และรายงงานผลการดำเนินตามตัวชี้วัดรายไตรมาส มายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

แหล่งข้อมูล โรงพยาบาลบึงกาฬ/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

สูตรการคำนวณ A

1.รายงานข้อมูล A = อำเภอมีการพัฒนาร้านอาหาร ตามเกณฑ์เป้าหมาย ตามเกณฑ์มาตรฐาน

2.รายงานข้อมูล B = -

ระยะเวลาการประเมินผล รอบ 6 และ 12 เดือน (มีนาคม 2565, กันยายน 2565)

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
-ดำเนินการตามมิติสุขภาพ สุขาภิบาลอาหาร จำนวน 10 ข้อ -มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.	-ดำเนินการ ผ่านมิติสุขภาพ และมีการส่งเสริมเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 1 กิจกรรม -มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.	-ดำเนินการ ผ่านมิติสุขภาพ มีการส่งเสริมเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 1 กิจกรรม และผ่านมิติเศรษฐกิจ อย่างน้อย 3 ข้อ -มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.	-ผ่านมิติสุขภาพ -มีการส่งเสริมเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 1 กิจกรรม -ผ่านมิติเศรษฐกิจ อย่างน้อย 3 ข้อ -ผ่านมิติสังคม อย่างน้อย 2 ข้อ -มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.	-ผ่านมิติสุขภาพ -มีการส่งเสริมเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 1 กิจกรรม -ผ่านมิติเศรษฐกิจ อย่างน้อย 3 ข้อ -ผ่านมิติสังคม อย่างน้อย 2 ข้อ -ผ่านมิติวัฒนธรรม อย่างน้อย 1 ข้อ -มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.

ระดับอำเภอ

ประเมินรอบที่ 1

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

ประเมินรอบที่ 2

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

วิธีการประเมินผล

1. รพท./รพช./สสอ. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามตัวชี้วัดอาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health)

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)

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 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 17. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) อำเภอละ 1 แห่ง
ค่าน้ำหนัก2
หน่วยการวัด ขั้นตอน
คำนิยาม
ร้านอาหาร หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561
มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ระดับพื้นฐาน จำนวน 5 หมวด และผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารในระดับก้าวหน้า จำนวน 9 ข้อ ดังนี้

ผ่านข้อกำหนดกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (ออกตามความในพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535)

หมวด 1 : สุขลักษณะสถานที่จำหน่ายอาหาร (จำนวน 35 ข้อ)

หมวด 2 : สุขลักษณะของอาหาร กรรมวิธีการทำ ประกอบ หรือปรุง การเก็บรักษา และการจำหน่ายอาหาร (จำนวน 22 ข้อ)

หมวด 3 : สุขลักษณะของภาชนะ อุปกรณ์ และเครื่องใช้อื่นๆ (จำนวน 11 ข้อ)

หมวด 4 : สุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร (จำนวน 6 ข้อ)

หมวดที่ 5 : การเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร โดยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะและมือผู้สัมผัสอาหาร (อ.13)

ระดับก้าวหน้า

1. ผู้สัมผัสอาหารติดบัตรประจำตัวผู้สัมผัสอาหาร
2. จัดบริการช้อนกลางให้แก่ผู้บริโภคทันที
3. จัดบริการอ่างล้างมือสำหรับผู้บริโภค
4. ใช้ผัก และผลไม้ปลอดภัย
5. มีเมนูชูสุขภาพอย่างน้อย 1 เมนู หรือ เมนูจากใบกัญชา
6. ใช้เกลือ/ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนตามมาตรฐาน
7. จัดบริการส้วมผ่านมาตรฐาน HAS
8. ใช้ภาชนะปลอดภัยและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
9. การสื่อสารความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL)

การปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.

คำถาม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. ทำความสะอาดพื้น พื้นผิวสัมผัสบ่อยๆ ทั้งก่อนและหลังการให้บริการ		
2. ให้ผู้ประกอบการ และผู้ใช้บริการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ใช้บริการ		
3. ให้มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค		
4. ให้เว้นระยะห่างระหว่างบุคคลแผงค้า รวมถึงระยะห่างระหว่างการเดิน		
5. ให้ควบคุมจำนวนผู้ใช้บริการ มิให้แออัด		
6. มีการสุ่มตรวจ ATK		
7. ผู้ประกอบกิจการและพนักงาน ได้รับวัคซีนป้องกัน COVID-19 ครบ 2 เข็ม ร้อยละ 70		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
-	-	ไม่เป็นตัวชี้วัด	ไม่เป็นตัวชี้วัด	ไม่เป็นตัวชี้วัด

เกณฑ์เป้าหมาย ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) อำเภอละ 1 แห่ง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 8 อำเภอ

วิธีจัดเก็บข้อมูล โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และรายงานผลการดำเนินตามตัวชี้วัดรายไตรมาสมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

แหล่งข้อมูล โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

สูตรการคำนวณ A

1.รายงานข้อมูล A = อำเภอมีการพัฒนาร้านอาหาร ตามเกณฑ์เป้าหมาย

2.รายงานข้อมูล B = -

ระยะเวลาการประเมินผล รอบ 6 และ 12 เดือน (มีนาคม 2565, กันยายน 2565)

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
- ผ่านข้อกำหนดกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 หมวดที่ 1-4 -มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.	- ผ่านข้อกำหนดกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 หมวดที่ 1-5 -มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.	-ผ่านข้อกำหนดกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 หมวดที่ 1-5 -ผ่านมาตรฐาน HAS -มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.	-ผ่านข้อกำหนดกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 หมวดที่ 1-5 -ผ่านมาตรฐาน HAS -มีเมนูชูสุขภาพ หรือ เมนูจากใบกัญชา -มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค	-ผ่านข้อกำหนดกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 จำนวน 5 หมวด -ผ่านระดับความก้าวหน้าครบ 9 ข้อ -มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักของ ศบค.

ระดับอำเภอ

ประเมินรอบที่ 1

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระดับ ความสำเร็จ	-	-	-	-	-

ประเมินรอบที่ 2

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

วิธีการประเมินผล

1. รพ/สสอ. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามตัวชี้วัดร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus)
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)

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 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 18.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
ร้อยละผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย	ร้อยละ	96.42	99.41	99.85

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 2564 – 31 มีนาคม 2565 ประเมินกิจกรรมที่ 1 - 5
2.การประเมินรอบที่ 2 : 1 เมษายน 2565 – 30 กันยายน 2565 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 จัดทำฐานข้อมูลผู้ขายสินค้าเกษตรปลอดภัย และมีกลุ่มเครือข่ายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย เช่น กลุ่มวิสาหกิจชุมชน กลุ่มเกษตรกรในพื้นที่ 5 คะแนน	15
2	มีการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ สื่อสารโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยให้กับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้มารับบริการและประชาชนทั่วไปทราบ โดยเน้นให้ประชาสัมพันธ์ผลการตรวจวิเคราะห์วัตถุดิบในแต่ละเดือน ในจุดที่สามารถบอกเห็นได้ง่าย 10 คะแนน	10
3	3.1 โรงครัวในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหารสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล 5 คะแนน 3.2 โรงครัวในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ทางแบคทีเรีย โดยใช้ชุดทดสอบตรวจหาโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะ และมือของผู้สัมผัสอาหาร ตรวจปีละ 2 ครั้ง 10 คะแนน	15

กิจกรรมที่	รายละเอียด	คะแนน
4	4.1 มีเมนูอาหารล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน ให้สอดคล้องกับวัตถุดิบตามฤดูกาลในพื้นที่ และมีบันทึกข้อมูลการใช้วัตถุดิบในพื้นที่ 5 คะแนน 4.2 การคัดเลือกและตรวจสอบคุณภาพของวัตถุดิบ ตามเกณฑ์ก่อนมาปรุงประกอบอาหาร โดยมีการสุ่มตรวจสารปนเปื้อน ได้แก่ ยาฆ่าแมลง, สารฟอกขาว (โซเดียมไฮโดรซัลไฟล์), สารฟอร์มาลีน, สารกันรา (กรดซาลิซาลิก), สารบอแรกซ์ 15 คะแนน 4.3 สุ่มตรวจสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์ ด้วยชุดทดสอบ (Test Kit) อย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง 5 คะแนน 4.4 จุดบริการน้ำดื่มในโรงพยาบาลทุกจุดผ่านการตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย อย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง ถ้าผลไม่ผ่านให้ดำเนินแก้ไขปัญหาโดย - ทำความสะอาดตู้กดน้ำดื่ม ถังบรรจุน้ำดื่ม หรือกรณีใช้เครื่องกรองน้ำจะต้องทำความสะอาดไส้กรองหรือเปลี่ยนไส้กรองใหม่ - แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ งดใช้น้ำดื่มจนกว่าจะดำเนินกานแก้ไขเสร็จเรียบร้อย - ดำเนินการตามข้างต้นเรียบร้อยแล้วตรวจสอบซ้ำพร้อมบันทึกผล - มีผลการตรวจจุดบริการน้ำดื่มในโรงพยาบาลทุกจุด รวมทั้งน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหารในโรงครัว ตรวจอย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง 10 คะแนน	30
5	5.1 จัดให้มีตลาดสีเขียวในโรงพยาบาล หรือจัดให้มีช่องทางการจำหน่ายสินค้าเกษตรปลอดภัยในช่องทางออนไลน์ เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนเกษตรกรในพื้นที่ - สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 20 คะแนน - เดือนละ 1 ครั้ง 15 คะแนน 5.2 มีข้อมูลการจัดซื้อวัตถุดิบจากกลุ่มเกษตรกร/วิสาหกิจชุมชน/เกษตรปลอดภัย และมีการรายงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายงานทุก 3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน และ 12 เดือน 10 คะแนน	30
	คะแนนรวม	100

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 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 19. ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
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.		
		2562	2563	2564
ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	ร้อยละ 75	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 79

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**

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 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 20. ร้อยละครอบครัวเป้าหมายมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
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.		
		2562	2563	2564
ร้อยละครอบครัวเป้าหมายมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 75	4,880 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	เป้าหมาย (คน /ครอบครัว)			เป้าหมาย
		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 พัฒนา อสค.	1. ส่งเสริม พัฒนา อสค. 2.ครอบครัวมีศักยภาพฯ อย่างน้อยร้อยละ 10	ครอบครัวมีศักยภาพฯ 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

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 21. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD)

อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ไม่ซ้ำกับผู้ผ่านการอบรม อสม.หมอประจำบ้าน ปี 2563 -2564)

คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแล มีผลการประเมินทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ	N/A	658	617

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 75

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD) ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชน

ที่	อำเภอ	เป้าหมาย (คน /ครอบครัว)		เป้าหมาย
		LTC	ผู้พิการ/ ผู้ด้วยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง	
1	เมืองบึงกาฬ	781	2,125+	2,906
2	โซ่พิสัย	183	1,575+	1,758
3	บุ่งคล้า	36	430+	466
4	เซกา	350	2,747+	3,097
5	พรเจริญ	154	1,408+	1,562
6	ปากคาด	157	632+	789
7	ศรีวิไล	135	995+	1,130
8	บึงโขงหลง	143	1,030+	1,173
	รวม	1,939	10,942+	12,881

วิธีจัดเก็บข้อมูล

จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.รายงานข้อมูล B จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน

ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี

= (รายการข้อมูล 1/รายการข้อมูล 2) X 100

ระยะเวลาการประเมินผล

รอบที่ 1 ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565

รอบที่ 2 ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2565

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. มีแนวทางการดำเนินงาน 2. มีการชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ 3. มีเครื่องมือในการประเมินฯ	อบรม อสม. หมอประจำบ้าน 617 คน (หมู่บ้านละ 1 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

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 22. หน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพร้อยละ 60
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
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 ๕๐
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 ๑๕-๕๙ 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

ระยะเวลาประเมินผล

1.รายงานของจังหวัดตามแบบรายงานตรวจราชการประจำงวด

2.วิเคราะห์จากผลงานรายงาน HDC

เกณฑ์การประเมิน

ระดับ 1	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
40	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

วิธีการประเมิน

รายงานทันตกรรมจาก HDC

เอกสารสนับสนุน

แผนการดำเนินส่งเสริมทันตสุขภาพทุกกลุ่มวัย

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1.น.ส.ปุณณิกา หมื่นสา โทร 088-5618807

2.นายอดิศักดิ์ จรัสเมธาวิทย์ โทร : 0816405009

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (√) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 23.ร้อยละผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

1. ผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทย หมายถึง หน่วยบริการทุกแห่งมีผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ประกอบด้วยมาตรฐาน ๕ ด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้และสิ่งแวดล้อม, ด้านบุคลากร เครือข่ายแพทย์แผนไทย,ด้านการปฏิบัติงาน,ด้านการควบคุมคุณภาพ,ด้านการจัดบริการ
2. ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค ฟื้นฟูสภาพ แบบไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ
3. การจัดบริการคลินิกเวชกรรมไทยคู่ขนาน (OPD คู่ขนาน) หมายถึง หน่วยบริการที่เปิดบริการแพทย์แผนไทยควบคู่กับแพทย์ปัจจุบันมีองค์ประกอบดังนี้ 1) มีแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบโรคศิลปะประเภทเวชกรรมไทย หรือใบประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ทำการตรวจรักษา 2) แพทย์แผนไทยทำหน้าที่ตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก 3) มีระบบคัดกรองผู้ป่วยตามแนวทางคัดกรองให้บริการแพทย์แผนไทยคู่ขนานที่แผนกผู้ป่วยนอก
4. ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง แพทย์แผนไทยหรือพยาบาลวิชาชีพ,นักวิชาการสาธารณสุข,เจ้าพนักงานสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมผู้สั่งการรักษาทางการแพทย์แผนไทยสำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหลักสูตร 60 ชั่วโมง
5. ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย หมายถึง ผู้ที่สนับสนุนงานการแพทย์แผนไทยและได้รับประกาศนียบัตรหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๓๐/๓๗๒ ชั่วโมง หรือประเภทการนวดไทย ๘๐๐ ชั่วโมง จากสถาบันการศึกษา หรือสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยหรือหน่วยงานที่ผ่านการรับรองหลักสูตรจากคณะกรรมการวิชาชีพ
6. แผนงานและโครงการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง แผนปฏิบัติการและโครงการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการ
7. การทำงานเชิงรุกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง ดูแลสุขภาพอนามัยของกลุ่มเป้าหมายพิเศษด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ เป็นต้น รวมทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองด้วยแพทย์แผนไทย
8. หมอพื้นบ้าน หมายถึง บุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามวัฒนธรรมของชุมชนที่สืบทอดกันมานานไม่น้อยกว่าสิบปี เป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชน
9. ผู้ปลูกสมุนไพร หมายถึง ผู้ที่ปลูกสมุนไพรไว้ ใช้ประโยชน์ในการส่งขายใช้เป็นวัตถุดิบในการผลิต
10. ผู้แปรรูปสมุนไพร หมายถึง ผู้ที่นำพืช สัตว์ จุลชีพ ธาตุวัตถุ สารสกัดดั้งเดิมจากพืชหรือสัตว์ที่ใช้เปลี่ยนแปลงสภาพหรือคุณสมบัติของสมุนไพร ทำให้ได้สารสกัดแบบรวมด้วยกรรมวิธีแบบดั้งเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมิได้สกัดแยกสารบริสุทธิ์เป็นรายชนิดหรือรายตัว

11. ผู้จำหน่ายสมุนไพร หมายถึง ผู้ที่ขาย จ่าย แจก หรือแลกเปลี่ยนให้หมายความรวมถึงมีไว้เพื่อจำหน่าย
12. ร้านนวดเพื่อสุขภาพ หมายถึง ร้านนวดเพื่อสุขภาพที่เปิดในพื้นที่รับผิดชอบในอำเภอ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ระดับ	N/A	N/A	N/A

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 75

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย CUP

วิธีจัดเก็บข้อมูล นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1. รายงานข้อมูล A = คะแนนผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยที่ได้
2. รายงานข้อมูล B = คะแนนผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยทั้งหมด (คะแนนเต็ม)

ระยะเวลาการประเมินผล

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
60	65	70	75	80

วิธีการประเมินผล : ประเมินจาก Datacenter

วิธีการประเมิน	**คะแนนเต็ม**
1. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก<u>ในภาพรวมอำเภอ</u> โดยคิดคะแนนตามที่ได้จาก HDC เช่น จาก HDC ประมวลผลได้ - 14.5 คิดคะแนนได้ 14.5 , - 18.5 คิดคะแนนได้ 18.5, - 22 คิดคะแนนได้ 25 คะแนน ดังนั้น ≥ 20.5 ได้ 25 คะแนน	**25**
2. โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน จัดให้มีบริการคลินิกเวชกรรมไทยคู่ขนานที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD คู่ขนาน) 2.1 การตรวจวินิจฉัยรักษาที่ห้องตรวจโรคที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล - แพทย์แผนไทยทำหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษา โดยไม่มีห้องตรวจโรคที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ได้ 5 คะแนน - แพทย์แผนไทยทำหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษา ที่ห้องตรวจโรคที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ ได้ 10 คะแนน 2.2 การสั่งใช้ยาสมุนไพรจากบัญชียาหลักแห่งชาติในระดับโรงพยาบาล (อย่างน้อย 30 รายการ) - มีกรอบรายการยาและการสั่งใช้ยาไม่ครบตามเกณฑ์ ได้ 5 คะแนน - มีกรอบรายการยาและการสั่งใช้ยาครบตามเกณฑ์ ได้ 10 คะแนน	20

วิธีการประเมิน	คะแนนเต็ม
3. มีแผนงาน/โครงการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก - ไม่มี 0 คะแนน - กำลังดำเนินการ (มีชื่อแผนงาน/โครงการ) ได้ 5 คะแนน - มีแผนปฏิบัติการและโครงการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้รับการอนุมัติ ได้ 10 คะแนน	10
4. มีการทำงานเชิงรุกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก - ไม่มีการดำเนินการ 0 คะแนน 4.1 มีการออกให้บริการเชิงรุกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับสหวิชาชีพ ได้ 5 คะแนน 4.2 ส่งเสริมมีการปลูกสมุนไพรในสวนสมุนไพรของชุมชน ไม่น้อยกว่า 10 ชนิด (ระบุชื่อชุมชน.....) ได้ 5 คะแนน	10
5. การจัดทำทะเบียนเครือข่ายบุคลากรแพทย์แผนไทยที่เป็นปัจจุบัน 4 ประเภท คือ ผู้สั่งการรักษาฯ/หมอพื้นบ้าน/ผู้ปลูกหรือผู้ผลิตแปรรูปสมุนไพรหรือจำหน่ายสมุนไพร/ร้านนวดเพื่อสุขภาพ - ไม่มีการดำเนินการ 0 คะแนน - มีการสำรวจและจัดทำทะเบียนเครือข่ายบุคลากรแพทย์แผนไทย 4 ประเภท คือ ผู้สั่งการรักษาทางการแพทย์แผนไทยฯ/หมอพื้นบ้าน/ผู้ปลูกหรือผู้ผลิตแปรรูปสมุนไพรหรือจำหน่าย/ร้านนวดเพื่อสุขภาพ ครบทั้ง 4 ประเภท ได้ 15 คะแนน หากไม่ครบ ได้ 5 คะแนน	15
6. มีการพัฒนางานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือทำ CQI / R2R /วิจัย/ นวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อยอำเภอละ 1 เรื่อง - ไม่มีการดำเนินงานหรือการทำกิจกรรมด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือก 0 คะแนน 6.1 มีการดำเนินงานหรือการทำกิจกรรมด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกจำนวน 1 เรื่อง ได้ 5 คะแนน 6.2 มีการนำเสนอผลการดำเนินงานหรือการทำกิจกรรมด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์ระดับจังหวัด ได้ 10 คะแนน 6.3 เขต/ภาค/ประเทศ หรือประกวดพื้นที่ต้นแบบดีเด่น ได้ 15 คะแนน	20
คะแนนรวมทั้งหมด	100

เอกสารสนับสนุน

1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการบริการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการ/นอกหน่วยบริการ
2. การจัดบริการแพทย์แผนไทย
3. รายงานผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ประเมินจาก Datacenter/สรุปผลการปฏิบัติงาน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

: กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
: นางอาภรณ์ โชติเมืองปัก แพทย์แผนไทยชำนาญการ Mobile 081-3200706
: นางสาวสุชาดา บูรณะสถาพร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ Mobile 096-4453915
: นางสาววิจิตรา ศรีสวัสดิ์ แพทย์แผนไทย Mobile 084-7958014

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด **(/) เชิงปริมาณ** **( ) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 24. ร้อยละปริมาณการใช้ยาสมุนไพร เทียบกับจำนวนการสั่งจ่ายยาทั้งหมด
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม
1. หน่วยบริการ หมายถึง รพ.สต./รพช./รพท.
2. ปริมาณการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง ปริมาณการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 โดยนับข้อมูลเป็นครั้ง (Visit) ที่มารับบริการ
3. การสั่งจ่ายยาทั้งหมด หมายถึง จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการสั่งจ่ายยาทั้งหมด
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน
เป้าหมายตัวชี้วัด

ปีงบประมาณ	2565	2566	2567
เป้าหมาย	**15**	16	17
ผลงาน	-	-	-

ข้อมูลเดิมย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2563-2564 ร้อยละปริมาณการใช้ยาสมุนไพร เทียบกับจำนวนการสั่งจ่ายยาทั้งหมด

ปีงบประมาณ	2563	2564
เป้าหมาย	-	-
ผลงาน	14.20	10.73

ผลงานเดิมปีงบประมาณ 2564 แยกตามรายอำเภอ

CUP	จำนวนการสั่งยาทั้งหมด (ครั้ง)	จำนวนการสั่งยาสมุนไพร/แผนไทย (ครั้ง)	ร้อยละ ปี 2564	ร้อยละ ปี 2563
บึงกาฬ	243,040	27,832	11.45	15.85
บุ่งคล้า	30,716	3,905	12.71	16.08
บึงโขงหลง	73,358	4,343	5.92	9.41
เซกา	144,844	17,717	12.23	18.02
ปากคาด	93,406	15,890	17.01	15.28
โซ่พิสัย	125,312	8,756	6.99	11.08
ศรีวิไล	77,256	4,911	6.36	8.74
พรเจริญ	90,838	10,889	11.99	13.91
รวมจังหวัด	879,182	94,285	10.72	14.20

ผลงานเดิม ปีงบประมาณ 2564 แยกตามจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8

จังหวัด	ผลงาน 2563 (ร้อยละ)	ผลงาน 2564 (ร้อยละ)
อุดรธานี	17.91	18.51
สกลนคร	24.20	20.99
นครพนม	22.01	18.98
หนองคาย	17.96	15.96
หนองบัวลำภู	15.48	11.37
เลย	16.51	14.63
บึงกาฬ	14.20	10.73
ภาพรวม	19.08	16.58

เกณฑ์เป้าหมาย

ร้อยละ 15

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

CUP

วิธีจัดเก็บข้อมูล

การบันทึกข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

สามารถเข้าถึงได้จากฐานข้อมูลสำเร็จรูป HDC Dash board

1. เข้าสู่หน้าเวปไซต์ https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
2. เลือกเมนู “กลุ่มรายงานมาตฐาน” จากนั้นเลือก “การเข้าถึงบริการ” จากนั้นเลือก “แพทย์แผนไทย”
3. เลือกหัวข้อ “1.19. ปริมาณการใช้ยาสมุนไพร เทียบกับจำนวนการสั่งจ่ายยาทั้งหมด”
4. จากนั้นเลือกข้อมูลปีงบประมาณและพื้นที่ ที่จะเข้าดูผลงาน

หรือ Scan QR code ที่ได้แนบมาพร้อมนี้

“1.19. ปริมาณการใช้ยาสมุนไพร เทียบกับจำนวนการสั่งจ่ายยาทั้งหมด”

สูตรการคำนวณคะแนนตัวชี้วัด

$$\frac{A}{B} \times 100 \quad \text{หรือ} \quad \frac{\text{จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ } \mathbf{x100}}{\text{จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการสั่งจ่ายยาทั้งหมด}}$$

A = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัส ขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42

B = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการสั่งจ่ายยาทั้งหมด

ระยะเวลาการประเมินผล

1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565

เกณฑ์การประเมินผล

คะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละปริมาณการใช้ยาสมุนไพรฯ	3	6	9	12	15
ร้อยละของเป้าหมาย	20%	40%	60%	80%	100%

ตัวอย่างการคำนวณ

หากได้ร้อยละการจ่ายยาสมุนไพรเท่ากับ 12.3 คิดเป็น (12.3/15) x 5 = 4.10 คะแนน

วิธีการประเมินผล

นิเทศ/ติดตาม/รายงานผลการดำเนินงาน

เอกสารสนับสนุน

1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการบริการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการ/นอกหน่วยบริการ
2. การจัดบริการแพทย์แผนไทย/รายการยาสมุนไพร
3. รายงานผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ประเมินจาก Datacenter/สรุปผลการปฏิบัติ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

: นางอาภรณ์ โชติเมืองปัก แพทย์แผนไทยชำนาญการ โทร. 081-3200706

: นายอนุพงษ์ วงศ์นิลยอง เภสัชกรปฏิบัติการ โทร. 081-4695296

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (√) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัดหลัก : 25. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia ได้รับการดูแลตามเกณฑ์
ค่าน้ำหนัก : 2
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม : Thalassemia เป็นโรคทางพันธุกรรมมีอาการซีดเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน คือการเจริญเติบโตที่ไม่สมอายุ การทำงานผิดปกติของต่อมไร้ท่อ รวมถึงสภาวะเหล็กเกินที่เกิดขึ้นจากตัวโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย และจากการรักษาด้วยการรับเลือด
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละผู้ป่วยที่ Thalassemia ได้รับเลือดมีHemogobin ≥9 g/dl.	ร้อยละ	NA	NA	44
ร้อยละผู้ป่วยที่ Thalassemia ได้รับเลือดมีค่าferritin น้อยกว่า 2500	ร้อยละ	NA	NA	71
ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia ที่ได้รับเลือด มีน้ำหนักตามเกณฑ์	ร้อยละ	NA	NA	66
ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia ที่ได้รับเลือด มีส่วนสูงตามเกณฑ์	ร้อยละ	NA	NA	82

เกณฑ์เป้าหมาย

รายการตัวชี้วัด	**ปีงบประมาณ 2565**
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 ถือว่าผ่านเกณฑ์ **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 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 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (√) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัดหลัก : 26.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)
ค่าน้ำหนัก : 2
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม : ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่**เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ** ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย 1 ปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ	49.16	90.33	87.57

เกณฑ์เป้าหมาย

รายการตัวชี้วัด	**ปีงบประมาณ 2565**
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	≥58

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)

วิธีจัดเก็บข้อมูล : ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)
แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)
รายการข้อมูล 1 ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู
รายการข้อมูล 2 ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone

สูตรการคำนวณ = (A/B) x 100
ระยะเวลาการประเมินผล : ไตรมาส 2, 4
เกณฑ์การประเมินผล : ระดับจังหวัด/อำเภอ
ร้อยละ 58 (ระบบสมัครใจ)
รอบที่ 1

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

รอบที่ 2

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
≤35	45	50	55	≥58

วิธีการประเมินผล : รายงานการดำเนินงานจากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย (บสต.) ทุก 6 เดือน
เอกสารสนับสนุน : ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)
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 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (√) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัดหลัก : 27. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง)
ค่าน้ำหนัก : 2
หน่วยการวัด : ร้อยละ
คำนิยาม
ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน
ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง)	ร้อยละ	26.68	29.63	35.21

ข้อมูลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
ข้อมูลรายอำเภอ	2562	2563	2564
เมืองบึงกาฬ	ร้อยละ 8	ร้อยละ 23.9	ร้อยละ 30.8
ปากคาด	ร้อยละ 23	ร้อยละ 28.4	ร้อยละ 29.2
โซ่พิสัย	ร้อยละ 5	ร้อยละ 42.2	ร้อยละ 67.4
บุ่งคล้า	ร้อยละ 26	ร้อยละ 53.3	ร้อยละ 62.5
พรเจริญ	ร้อยละ 5	ร้อยละ 64.4	ร้อยละ 80
เซกา	ร้อยละ 4	ร้อยละ 30.6	ร้อยละ 16.2
บึงโขงหลง	ร้อยละ 9	ร้อยละ 20.0	ร้อยละ 23.4
ศรีวิไล	ร้อยละ 61	ร้อยละ 45.9	ร้อยละ 27.9

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในจังหวัด

วิธีจัดเก็บข้อมูล :

1. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) - จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)

2. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) - จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งรวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่นับรวบผู้ป่วยส่งต่อ (refer) จากระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS นำเข้าสู่ระบบ Health KPI

แหล่งข้อมูล : โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) หรือระบบโปรแกรม PAภาครัฐ รายงานการคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน ของ รพ.ทุกแห่ง

สูตรการคำนวณ = (A/B) x 100

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)

ระยะเวลาการประเมินผล : ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การประเมินผล :

ปี 2565 : พิจารณาจากสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉินเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26.5	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26.5	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26.5	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26.5

วิธีการประเมินผล : การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายที่กำหนด ทุกไตรมาส

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
≤ ร้อยละ 10.5	≥ร้อยละ 14.5	≥ร้อยละ 18.5	≥ร้อยละ 22.5	≥ร้อยละ 26.5

เอกสารสนับสนุน :

1. รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS หรือ ระบบ PA ภาครัฐ
2. รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจาก รพ.ระดับ S ระดับ M1, M2 และระดับ F1-F3

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายธีรพล ไชยศาสตร์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทรศัพท์ 093-321-0981
2. นายธนกร อุณารักษ์ นักวิชาการสาธารณสุข เบอร์โทรศัพท์ 098-2364574
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492-046 ต่อ 104 โทรสาร : 042-492-001
E-mail : emsbuengkan77@gmail.com สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (√) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัดหลัก : 28. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) หรืออำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ร้อยละ 100
ค่าน้ำหนัก : 2
หน่วยการวัด : ระดับความสำเร็จ
คำนิยาม : อุบัติเหตุทางถนน หมายถึง อุบัติเหตุจากการใช้ยานพาหนะที่ใช้ในการขนส่งบุคคลหรือสิ่งของที่เกิดขึ้นบนทางสาธารณะ ซึ่งเป็นสาเหตุเหตุให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต ทั้งที่เป็นผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร หรือ คนเดินเท้า รหัส ICD 10 คือ V01-V89

ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System; DHS) หมายถึง ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านการจัดการความรู้เชื่อมโยงสู่ กระบวนการป้องกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกัน เพื่อสุขภาวะของประชาชนโดยมีใจความสำคัญ 3 ส่วน ดังนี้ 1) มีระบบการ ทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนที่ประสานและเชื่อมโยงกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัย ทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) 2) มีความร่วมมือทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ในระดับอำเภอโดยมีเป้าหมาย และแผนงานร่วมกัน 3) มีการบูรณาการทรัพยากร ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ระบบข้อมูล สารสนเทศและเทคโนโลยีร่วมกับองค์กรภาคีต่างๆ

การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (DHS-RTI) หมายถึง อำเภอมีการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยใช้กระบวนการระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) หรืออำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (DC) เพื่อป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

กรอบการดำเนินงานกลุ่มเป้าหมาย : การดำเนินงาน D-RTI มีกรอบกิจกรรมการดำเนินงาน 9 กิจกรรม รายละเอียดอยู่ในแนวทางการดำเนินงาน และการประเมินการป้องกันการบาดเจ็บจากการการจราจรทางถนนระดับอำเภอ สามารถ Download ได้ที่เว็บไซต์สำนักโรคไม่ติดต่อ www.thaincd.com โดยมีกรอบการดำเนินงานดังนี้

กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน	ระดับดีมาก	ระดับดีเยี่ยม
1. มีจัดตั้งคณะกรรมการ CORT TEAM และมีการประชุมการขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา พชอ./ศปถ.อำเภอ	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

กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน	ระดับดีมาก	ระดับดีเยี่ยม
3. มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยการใช้ตาราง Haddon ,s Matrix	3 ครั้ง/ปี	5 ครั้ง/ปี
4. คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญ และวิเคราะห์ประเด็นปัญหาด้วยแผนภูมิต้นไม้ (Problem tree) เพื่อหารากของปัญหา หมายเหตุ สามารถใช้แนวคิดอื่นในการวิเคราะห์รากปัญหาได	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. การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยง (Back Spot) หรือ การจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety Zone)	3 จุด/ Zone	5 จุด/ Zone
9. การสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผลเปรียบเทียบข้อมูลการเสียชีวิต, การบาดเจ็บ และจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุวิเคราะห์ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และประเมินผลมาตรการ เฉพาะบางมาตรการ (การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์)	1 ฉบับ มีการประเมินภาพรวม	1 ฉบับ มีการประเมินภาพรวมและมาตรการเฉพาะ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (D-RTI) ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดีมาก (Excellent)	ร้อยละ	8 อำเภอ ร้อยละ 100	8 อำเภอ ร้อยละ 100	8 อำเภอ ร้อยละ 100

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
ระดับความสำเร็จ ร้อยละ 100	ระดับความสำเร็จ ร้อยละ 100	ระดับความสำเร็จ ร้อยละ 100	ระดับความสำเร็จ ร้อยละ 100

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ประชากรไทยทุกกลุ่มอายุในจังหวัด

วิธีจัดเก็บข้อมูล :

<u>แบบ 1</u> รายงานผลลัพธ์เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ พ.ศ.2565 โดยใช้ข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ที่ดำเนินการ DHS/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. 65) พร้อมแนบเอกสารหลักฐานการดำเนินงานฯ

2) รายงานผลการประเมินการปฏิบัติราชการตนเอง (Self-Assessment Report: SAR) ตามคำรับรองฯของหน่วยงานรอบ 9 เดือน (ภายในวันที่ 25 มิ.ย.65) พร้อมแนบเอกสารหลักฐานการดำเนินงานฯ

3) รายงานผลการประเมินการปฏิบัติราชการตนเอง (Self-Assessment Report: SAR) ตามคำรับรองฯของหน่วยงานรอบ 12 เดือน (25 ก.ย. 65) พร้อมแนบเอกสารหลักฐานการดำเนินงานฯ

แหล่งข้อมูล :

1. ข้อมูลจากการดำเนินงานของอำเภอ

- รายงานการดำเนินงานกันอุบัติเหตุทางถนนผ่าน D-RTI จากแบบฟอร์มรายงานของจังหวัด และอำเภอ
- ระบบรายงานผ่าน Web Base ของสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สป. http://ictpher.moph.go.th/quickwin

2. ข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ดำเนินงาน D-RTI และข้อมูล 3 ฐาน (ของจากบริษัทกลาง/สาธารณสุข/ตำรวจ) วิเคราะห์โดย: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคระยะเวลา 11 เดือน : ตุลาคม 2564 – สิงหาคม 2565 ตัดข้อมูลวันที่ 15 กันยายน 2565

สูตรการคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนผู้บาดเจ็บรวมกับผู้เสียชีวิตในอำเภอ D-RTI ปี 2565 – ปี 2564}}{\text{จำนวนผู้บาดเจ็บรวมกับผู้เสียชีวิตในอำเภอ D-RTI ปี2564}} \times 100$

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

วิธีการประเมินผล : อำเภอมีการดำเนินงานตามกรอบกิจกรรมการดำเนินงาน D-RTI จำนวน 9 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**
≤5ข้อ	6ข้อ	7 ข้อ	8ข้อ	ดำเนินการ 9ข้อ

เอกสารสนับสนุน : -

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ไตรมาสที่ 1 ภายในวันที่ 25 ธันวาคม 2564
ไตรมาสที่ 2 ภายในวันที่ 25 มีนาคม 2565
ไตรมาสที่ 3 ภายในวันที่ 25 มิถุนายน 2565
ไตรมาสที่ 4 ภายในวันที่ 25 กันยายน 2565

****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 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (√) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัดหลัก : 29. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
ตัวชี้วัดย่อย : 1.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
2.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
ค่าน้ำหนัก : 2
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.		
		2562	2563	2564
อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละ	10.87	1.16	7.94
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	42.11	64.71	87.1

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. นพ.กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์ ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน :042-491161-3 โทรศัพท์มือถือ : 086-4036438
   สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลบึงกาฬ
2. นางสุรีย์รัตน์ ยอดเทพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน :042-492046 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ : 085-2288892
   สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (√) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : 30.อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)
ค่าน้ำหนัก : 2
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.		
		2562	2563	2564
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	ร้อยละ	3.86	2.94	3.56

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 ชมพูจันทร์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน :042-491161-3 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลบึงกาฬ
2. นางสุรีย์รัตน์ ยอดเทพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน :042-492046 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ : 085-2288892
   สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 31.ร้อยละการดำเนินงานตรวจคัดกรอง และผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 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.		
		2562	2563	2564
1. การตรวจคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	ร้อยละ	88.80	81.56	84.47
2. การผ่าตัดผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ภายใน 30 วัน	ร้อยละ	98.81	97.32	99.17

เกณฑ์เป้าหมาย (อ้างอิงจากตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข)

1. ร้อยละการตรวจคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป โดยกำหนดให้ประเมินรอบที่ 1 (ไตรมาสที่ 2) ≥50 และประเมินรอบรอบที่ 2 (ไตรมาสที่ 4) ≥ ร้อยละ 80

ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
75	80	85	90	100

2. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน โดยกำหนดให้ประเมินรอบที่ 1 (ไตรมาสที่ 2) ≥ร้อยละ 90 และ ประเมินรอบที่ 2 (ไตรมาสที่) 4 ≥ ร้อยละ 90

ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
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) เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในกรณีที่อำเภอใดไม่ได้มีผลการดำเนินงานผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ให้ใช้เกณฑ์การประเมินผลเช่นเดียวกับ กลุ่มที่ 2

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	น้ำหนัก	รอบ	ระดับคะแนน				
				1	2	3	4	5
1. ร้อยละการตรวจคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	ร้อยละ 80	2	1	≤10	20	30	40	≥50
			2	≤60	65	70	75	≥ 80
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 80	5	1	≤10	20	30	40	≥50
			2	≤60	65	70	75	≥ 80

<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

นายวีระ จิตบรรจง
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ104
โทรสาร : 042-492001
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์มือถือ : 094-2837211
E-mail : ncd.ssjbk@gmail.com
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (√) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 32.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.		
		2562	2563	2564
ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง < 5 ml/min/1.73m2/yr	ร้อยละ	59.86	63.57	68.06

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 ประเมินจากข้อมูลHDC สสจ.บึงกาฬ

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. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (BK Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 33.ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
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.		
			2562	2563	2564
การผ่าตัดใน 4 สัปดาห์	≥ร้อยละ75	บึงกาฬ	79.07(68/86)	82.08(87/106)	88.16(76/67)
		เซกา	100 (13/13)	100 (8/8)	100 (6/6)
		บึงโขงหลง	100 (7/7)	100 (3/3)	100 (1/1)
เคมีบำบัดใน 6 สัปดาห์	≥ร้อยละ75	บึงกาฬ	100 (11/11)	70 (21/30)	75.56 (45/34)

2. การบันทึกข้อมูลเพื่อติดตามผู้ป่วยในการดูแลรักษาโรคมะเร็งในระบบทะเบียนมะเร็งของโรงพยาบาล

โปรแกรมที่บันทึกข้อมูล	หน่วยบริการที่ใช้โปรแกรม
โปรแกรม Thai Cancer Based สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	โรงพยาบาลบึงกาฬ
โปรแกรม HOSxP ; คลินิกพิเศษโรคมะเร็ง	โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดบึงกาฬ

เกณฑ์เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด มากกว่าเท่ากับร้อยละ 75
2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด มากกว่าเท่ากับร้อยละ 75

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

ระดับจังหวัด

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระดับคะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ 75	≤55	60	65	70	≥75

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	≥75	70	≤55	60	65	70	≥75
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. นางสาวลดาวรรณ ช่างศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

   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 34.ประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก
ค่าน้ำหนัก2
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 Pap smear หรือ VIA ทั้งในหน่วยบริการและนอกหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบ โดยการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การส่งต่อผู้ที่พบความผิดปกติเพื่อการรักษาตามมาตรฐาน และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่
การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูกไปป้ายลงบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผลโดยบุคลากรเซลล์วิทยา
การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA (Visual Inspection with Acetic Acid) <u>หมายถึง</u> วิธีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางป้ายที่บริเวณปากมดลูก ทิ้งไว้ 1 นาที น้ำส้มสายชูจะไปทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อที่ผิดปกติของปากมดลูกให้เห็นเป็นฝ้าขาวขอบเขตชัดเจน และตำแหน่งแน่นอน สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ซึ่งไม่ได้หมายความว่าเป็นมะเร็ง แต่ถ้าปล่อยไว้ไม่ได้รับการรักษาอาจกลายเป็นมะเร็งได้ ซึ่งเหมาะสมในการคัดกรองสำหรับสตรีอายุ 30-45 ปี
*สตรีกลุ่มเป้าหมาย คือ สตรีกลุ่มเป้าหมายในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่อาศัยอยู่จริง (type 1,3)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data (ระดับจังหวัด)	หน่วยวัด/ เกณฑ์	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
1.สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)	≥ร้อยละ80	84.22	86.68	84.42
2.สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE)	≥ร้อยละ80	88.44	90.92	86.30
3.สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ	73.93	29.08	40.29

Baseline data (ระดับอำเภอ)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)				
บึงกาฬ	ร้อยละ	88.35	92.42	93.26
พรเจริญ	ร้อยละ	86.03	95.09	94.36
โซ่พิสัย	ร้อยละ	87.9	90.88	91.38
เซกา	ร้อยละ	69.19	91.02	73.14
ปากคาด	ร้อยละ	86.58	87.51	81.62
บึงโขงหลง	ร้อยละ	90.36	57.33	84.63
ศรีวิไล	ร้อยละ	90.61	81.8	66.73
บุ่งคล้า	ร้อยละ	79.29	67.06	80.12
สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE)				
บึงกาฬ	ร้อยละ	90.16	92.91	94.24
พรเจริญ	ร้อยละ	96.73	95.61	95.87
โซ่พิสัย	ร้อยละ	93.3	91.86	92.29
เซกา	ร้อยละ	74.62	95.04	74.96
ปากคาด	ร้อยละ	87.62	87.89	81.97
บึงโขงหลง	ร้อยละ	92.45	83.38	89.51
ศรีวิไล	ร้อยละ	90.89	82.83	67.17
บุ่งคล้า	ร้อยละ	93.97	84.64	94.60
สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
บึงกาฬ	ร้อยละ	85.41	48.27	56.19
พรเจริญ	ร้อยละ	61.70	22.4	45.71
โซ่พิสัย	ร้อยละ	66.75	38.22	51.87
เซกา	ร้อยละ	89.26	17.29	26.51
ปากคาด	ร้อยละ	82.47	8.17	24.95
บึงโขงหลง	ร้อยละ	34.19	15.47	23.13
ศรีวิไล	ร้อยละ	41.95	20.55	30.28
บุ่งคล้า	ร้อยละ	56.26	42.61	44.94

เกณฑ์เป้าหมาย

<u>มะเร็งเต้านม</u>

1. วัดความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ≥ ร้อยละ 80 ต่อปี

2. วัดความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่มีการตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสุขภาพ (Clinical Breast Examination : CBE) อย่างน้อยคนละ 1 ครั้งต่อปี ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ≥ ร้อยละ 80 ต่อปี

<u>มะเร็งปากมดลูก</u>

วัดความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ครอบคลุมเป้าหมาย ≥ ร้อยละ 80 (ปี 2563 - 2567 กำหนดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม มากกว่าเท่ากับร้อยละ 80 ; ร้อยละ 20 ต่อปี)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-70 ปี) คัดกรองมะเร็งเต้านม
2. สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) คัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วิธีจัดเก็บข้อมูล

จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย และจำนวนที่ได้รับการคัดกรอง

1. การคัดกรองมะเร็งเต้านม

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

2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1B0040	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ได้ผลลบ
1B0041	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ได้ผลบวก ไม่ให้การรักษา
1B0042	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ได้ผลบวก และให้การรักษา
1B0043	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ไม่ระบุผลการตรวจ
1B0044	ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Pap (ยังไม่ทราบผล)
1B0045	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ผลตรวจเป็นมะเร็งปากมดลูก
1B0048	ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธีอื่น (ระบุวิธี)
1B0049	ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่ระบุวิธี
1B30	ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลปกติ
1B40	ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลผิดปกติ

แหล่งข้อมูล

-ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม

-ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข

(รายงานจาก รพ.สต.และ โรงพยาบาลทุกแห่ง)

รายการข้อมูล 1

$A_{(Br)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม

$A_{(Cx)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

รายการข้อมูล 2

$B_{(Br)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม

$B_{(Cx)}$ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

$(A_{(Br)} / B_{(Br)}) \times 100$

$(A_{(Cx)} / B_{(Cx)}) \times 100$

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)	25	≥ ร้อยละ40	≤20	25	30	35	≥40
2. สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ (CBE)	25	≥ ร้อยละ40	≤20	25	30	35	≥40
3. สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	50	≥ ร้อยละ50	≤42	44	46	48	≥50

ประเมินรอบที่ 2

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เป้าหมาย	ระดับคะแนน				
			1	2	3	4	5
1. สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)	25	≥ ร้อยละ80	≤60	65	70	75	≥80
2. สตรีอายุ 30-70 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ (CBE)	25	≥ ร้อยละ80	≤60	65	70	75	≥80
3. สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	50	≥ ร้อยละ60	≤52	54	56	58	≥60

วิธีการประเมินผล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลทุกไตรมาส และนิเทศติดตามประเมินผล

เอกสารสนับสนุน คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ปี 2561 – 2565

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางพิกุลทอง สมตน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นางสาวลดาวรรณ ช่างศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

   กลุ่มงานควบโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

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

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (√) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัดหลัก : 35. ร้อยละความสำเร็จของการป้องกันการฆ่าตัวตาย
ค่าน้ำหนัก : 2
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 แต่ยังคงได้รับ การดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ 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) ที่มารับบริการในปีงบประมาณ2564

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อประชากรแสนคน	8.5	9.82	10.05
ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา1 ปี	ร้อยละ	NA	NA	97.57
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ร้อยละ	43.97	50.96	82.85
ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ	ร้อยละ	49.55	55.62	115.33

เกณฑ์เป้าหมาย

รายการตัวชี้วัด	**ปีงบประมาณ 2565**
ร้อยละความสำเร็จของการป้องกันการฆ่าตัวตาย	≥ 70 คะแนน
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน
ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา1 ปี	ร้อยละ 90
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	≥ร้อยละ 74
ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ	≥ร้อยละ 82

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>ร้อยละตำบลที่มีให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต การปฐมพยาบาลทางใจ โดยใช้หลัก 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>1</td><td>5</td><td>10</td><td>15</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>
2.2 กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการติดตามเยี่ยม เฝ้าระวังประเมินอาการ (5คะแนน)</td><td>20</td><td>-บันทึกข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า ใน 43 แฟ้ม</td></tr>
<tr><td>3.</td><td>3.1 มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับการสังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายและแนวทางการช่วยเหลือส่งต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน ระดับอำเภอ และระดับหมู่บ้าน (5คะแนน)
3.2จัดสัปดาห์สุขภาพจิต (5คะแนน)</td><td>10</td><td>สรุปรายงานและภาพประกอบ</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>กิจกรรม</th><th>คะแนน</th><th>เอกสารประกอบ</th></tr>
<tr><td>4.</td><td>มีระบบการดูแลวิกฤตสุขภาพจิตและการปฏิบัติโดย ทีม MCATT</td><td>10</td><td>-มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระบบอำเภอแบบบูรณาการเป็นปัจจุบัน และกำหนด บทบาทหน้าที่ชัดเจน
-รายงานการดำเนินงานภาพประกอบ</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>รอบที่1
ร้อยละ</td><td>≤40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>≥60</td></tr>
<tr><td>รอบที่2
ร้อยละ</td><td>≤50</td><td>55</td><td>61</td><td>66</td><td>≥74</td></tr>
</table></td><td>10</td><td>HDC</td></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>รอบที่1
ร้อยละ</td><td>≤40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>≥60</td></tr>
<tr><td>รอบที่2
ร้อยละ</td><td>≤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>

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 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (✓) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 36. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม

การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I20 – I25) สาขาโรคมะเร็ง (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย C ทั้งหมด และ D0 ทั้งหมด), สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย V01 – Y98) และสาขาทารกแรกเกิด (ประมวลผลรหัสวินิจฉัยที่เด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเทียบกับวันเกิดแฟ้ม PERSON) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง (ยกเว้น 1.สถานบริการที่มีบันทึกข้อตกลงในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนของแต่ละเขตสุขภาพ 2.ความสมัครใจของผู้มีสิทธิในการรักษา) กรณี 1.เพื่อการวินิจฉัยและการรักษา 2.เพื่อการวินิจฉัย 3.เพื่อการรักษาต่อเนื่องและทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการศึกษา)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	ร้อยละ	ลดลงร้อยละ 18.57	ลดลงร้อยละ 13.47	ลดลงร้อยละ 6.59

เกณฑ์เป้าหมาย การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง ร้อยละ 10
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่งในจังหวัดบึงกาฬ
วิธีจัดเก็บข้อมูล โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จัดเก็บข้อมูลส่งเข้าโปรแกรม HOSxP, Smart Refer และ HDC กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A = จำนวนคะแนนที่ทำได้
2.รายงานข้อมูล B = จำนวนคะแนนกิจกรรมทั้งหมด

สูตรการคำนวณ (A / B) x 100
ระยะเวลาการประเมินผล ไตรมาส 3 และไตรมาส 4
เกณฑ์การประเมินผล

กำหนดเป็นค่าคะแนนในแต่ละกิจกรรมการดำเนินงาน โดยผลการดำเนินงานคิดสัดส่วนคะแนนตามเป้าหมาย ดังนี้

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

วิธีการประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 : คะแนนเต็ม 25

1.1) จัดตั้งศูนย์รับส่งต่อ (ศสต.) ผู้ป่วยของโรงพยาบาล พร้อมกำหนดบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบ ดัชนีชี้วัดความสำเร็จตอบสนองต่อพันธกิจของโรงพยาบาล โดยให้มีความสอดคล้องเชื่อมโยงกับนโยบายด้านการรับส่งต่อผู้ป่วยของจังหวัดและเครือข่ายเขตสุขภาพ คะแนนเต็ม 5

1.2) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ สหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมวางแผนพัฒนาระบบ คะแนนเต็ม 5

1.3) มีแนวทางการให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วยที่ครอบคลุม การรับผู้ป่วยที่ถูกส่งมารักษาต่อ (Refer in) การส่งผู้ป่วยที่เกินศักยภาพ/ขาดเครื่องมือไปรักษาต่อ (Refer out) การไปรับผู้ป่วยที่ส่งไปรักษาต่อกลับมารักษา (Refer receive) การให้คำปรึกษา (Consultation) คะแนนเต็ม 10

1.4) มีการจัดระบบบริการรับส่งต่อผู้ป่วย และระบบงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล คะแนนเต็ม 5

ขั้นตอนที่ 2 : คะแนนเต็ม 30

2.1) มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วยโปรแกรม Smart refer/HOSxP/HDC ระดับโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) คะแนนเต็ม 10

2.2) มีการจัดทำระบบข้อมูลส่งต่อ และข้อมูลที่จำเป็นต่อระบบงานรับส่งต่อผู้ป่วย (สถิติการส่งต่อผู้ป่วย และลำดับโรคส่งต่อ) คะแนนเต็ม 5

2.3) มีการทบทวนการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหาเพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา (Audit Case) คะแนนเต็ม 10

2.4) มีการกำหนดแนวทางการสื่อสาร เพื่อลดข้อขัดแย้งต่างๆ คะแนนเต็ม 5

ขั้นตอนที่ 3 : คะแนนเต็ม 15

3.1) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ และจัดทำระบบส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก และเป็นปัญหาของโรงพยาบาล/จังหวัด/เขตสุขภาพ คะแนนเต็ม 5

3.2) มีระบบบริการที่รองรับระบบเครือข่ายบริการ (รพ./รพ.สต) เชื่อมโยงกันทุกระดับอย่างไร้รอยต่อ มีประสิทธิภาพ คุณภาพ มาตรฐาน และมีความเอื้ออาทร คะแนนเต็ม 10

ขั้นตอนที่ 4 : คะแนนเต็ม 5

4.1) มีการติดตามผล และวิเคราะห์ผลการดำเนินงานครอบคลุมการส่งต่อ (Refer Out) การรับส่งต่อ (Refer In) การส่งกลับ (Refer back) การรับกลับ (Refer receive) และการขอรับคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย (Consultation) ระดับอำเภอ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย คะแนนเต็ม 5

ขั้นตอนที่ 5 : คะแนนเต็ม 25

5.1) เมื่อเทียบปี 2564 การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 2 คะแนนเต็ม 5

5.2) เมื่อเทียบปี 2564 การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 4 คะแนนเต็ม 10

5.3) เมื่อเทียบปี 2564 การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 6 คะแนนเต็ม 15

5.4) เมื่อเทียบปี 2564 การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 8 คะแนนเต็ม 20

5.1) เมื่อเทียบปี 2564 การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10 คะแนนเต็ม 25

เอกสารสนับสนุน

1. แนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. คู่มือการใช้งานระบบสารสนเทศรับ – ส่งต่อผู้ป่วย (Ubon Refer)
3. การติดตั้งโปรแกรม Smart Refer Web บนระบบ Linux CentOS 7 และ Docker

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายก้อนคำ พลวงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   โทรศัพท์ : 0 4249 2046 ต่อ 107 โทรสาร 0 4249 2001
2. นางสาวนุสรา หูไธสง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
   โทรศัพท์ : 08 0184 0991 โทรสาร 0 4249 2001
   E-mail : Nusara1911@hotmail.com

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (BK Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 37.ความสำเร็จในการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด
ตัวชี้วัดย่อย
1. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน
2. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่
4. อัตราผู้ป่วยโรคหืดได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่
5. ร้อยละผู้ป่วยนอกโรคหืดได้รับยา inhaled corticosteroid
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ระดับจังหวัด : ร้อยละ
ระดับอำเภอ : ระดับ
คำนิยาม
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึงผู้ป่วยกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(J44)ตามรหัสโรคICD-10 โดยนับเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป
การได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน ได้แก่
-วินิจฉัยถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา (การประเมินสมรรถภาพปอด Spirometry)
-มีการติดตามการรักษา เช่น mMRC,CAT score,6MWT,การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่
-มีการประเมินการใช้ยาพ่นควบคุม (controller)
-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						+

การกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง การกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและจำเป็นต้องได้รับยากลุ่ม Systemic corticosteroid (Dexamethasone,hydrocortisone) และหรือยาปฏิชีวนะตามรหัสโรค ICD-10 J44.0,J44.1 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

1. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน ≥ ร้อยละ60

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
		รายอำเภอ	2562	2563	2564
ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน	ร้อยละ	บึงกาฬ	47.85	20.00	NA
		พรเจริญ	8.74	29.05	NA
		โซ่พิสัย	63.11	29.54	NA
		เซกา	9.17	19.55	NA
		ปากคาด	52.91	77.27	NA
		บึงโขงหลง	51.47	28.57	NA
		ศรีวิไล	38.16	89.55	NA
		บุ่งคล้า	8.54	96.23	NA
		จังหวัดบึงกาฬ	34.99	48.72	NA

ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาล

2. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ≤ ร้อยละ 110

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
		รายอำเภอ	2562	2563	2564
อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ร้อยละ	บึงกาฬ	184.22	208.08	218.09
		พรเจริญ	145.79	180.09	248.88
		โซ่พิสัย	202.26	122.37	134.55
		เซกา	140.63	159.56	106.28
		ปากคาด	112.44	87.50	91.85
		บึงโขงหลง	142.14	157.34	191.14
		ศรีวิไล	68.39	56.45	76.32
		บุ่งคล้า	59.52	38.18	87.18
		จังหวัดบึงกาฬ	147.08	152.12	163.37

ข้อมูลจาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

3. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ≥ ร้อยละ 90

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
		รายอำเภอ	2562	2563	2564
อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่	ร้อยละ	บึงกาฬ	11.24	41.02	22.53
		พรเจริญ	43.72	72.69	62.30
		โซ่พิสัย	35.44	67.95	10.11
		เซกา	29.82	48.86	36.75
		ปากคาด	12.17	34.29	95.71
		บึงโขงหลง	33.09	41.21	32.43
		ศรีวิไล	32.24	98.48	51.11
		บุ่งคล้า	21.95	98.11	34.38
		จังหวัดบึงกาฬ	25.25	62.83	43.17

ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาล

4. อัตราผู้ป่วยโรคหืดได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ≥ ร้อยละ 90

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
		รายอำเภอ	2562	2563	2564
อัตราผู้ป่วยโรคหืดได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่	ร้อยละ	บึงกาฬ	25.80	45.96	NA
		พรเจริญ	98.68	85.77	36.8
		โซ่พิสัย	75.39	40.37	18.6
		เซกา	25.82	52.74	74.62
		ปากคาด	22.61	43.60	53.33
		บึงโขงหลง	76.24	73.47	41.56
		ศรีวิไล	56.10	96.43	NA
		บุ่งคล้า	55.80	100	76.40
		จังหวัดบึงกาฬ	48.27	67.29	37.66

ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาล

5. ร้อยละผู้ป่วยนอกโรคหืดได้รับยา inhaled corticosteroid ≥ ร้อยละ 80

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
		รายอำเภอ	**2562**	**2563**	**2564**
ร้อยละผู้ป่วยนอกโรคหืดได้รับยา inhaled corticosteroid	ร้อยละ	บึงกาฬ	67.22	69.30	79.24
		พรเจริญ	73.98	49.65	77.64
		โซ่พิสัย	72.59	84.68	84.50
		เซกา	72.80	86.13	83.89
		ปากคาด	76.98	83.33	68.06
		บึงโขงหลง	73.83	72.65	71.72
		ศรีวิไล	76.44	68.75	82.63
		บุ่งคล้า	79.88	76.92	91.76
		จังหวัดบึงกาฬ	**72.88**	**73.97**	**79.35**

ข้อมูลจาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

6. ความสำเร็จในการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
		รายอำเภอ	**2562**	**2563**	**2564**
ความสำเร็จในการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด	ระดับ	บึงกาฬ	-	-	3.58
		พรเจริญ	-	-	4.11
		โซ่พิสัย	-	-	3.41
		เซกา	-	-	4.62
		ปากคาด	-	-	3.55
		บึงโขงหลง	-	-	4.12
		ศรีวิไล	-	-	3.64
		บุ่งคล้า	-	-	4.46
		จังหวัดบึงกาฬ	-	-	3.94

เกณฑ์เป้าหมาย

ระดับจังหวัด

1. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน มากกว่าเท่ากับร้อยละ 60
2. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง น้อยกว่าเท่ากับ 110
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

1.อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

A = จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และหรือต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลด้วยการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และได้รับยากลุ่ม Systemic corticosteroid (รหัสยา24 หลักของDexamethasone : 10138000000068031 0181506 , รหัสยา 24 หลักของ hydrocortisone : 101382263001171110281166) และหรือยาปฏิชีวนะ โดยนับเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (PDx = J44.0, J44.1) หน่วยเป็นครั้ง

B = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (PDx = J44) ในปีงบประมาณที่ผ่านมารวมกับจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในปีปัจจุบันหน่วยเป็นคน

รายการข้อมูล 2

2.อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่

A = ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่

D = ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด

รายการข้อมูล 3

2.อัตราผู้ป่วยโรคหืดได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่

E = ผู้ป่วยโรคหืดที่ขึ้นทะเบียนได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่

F = ผู้ป่วยโรคหืดที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด

รายการข้อมูล 4

G = จำนวนผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid (HN)

H = จำนวนผู้ป่วยนอกโรคหืดทั้งหมด (HN)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100

ระยะเวลาการประเมินผล ทุก 6 เดือน (ไตรมาส 2 และ 4)

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับจังหวัด

ตัวชี้วัด	รอบ/เกณฑ์ประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1.อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน	รอบที่ 1 ≥ 20 %	≤8	11	14	17	≥ 20
	รอบที่ 2 ≥ 60 %	≤20	30	40	50	≥ 60
2.อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	รอบที่1,2 ≤110%	≥130	125	120	115	≤110
3.อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่	รอบที่ 2 ≥ 90 %	≤50	60	70	80	≥ 90
4.อัตราผู้ป่วยโรคหืดได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่	รอบที่ 2 ≥ 90 %	≤50	60	70	80	≥ 90
5.ร้อยละผู้ป่วยนอกโรคหืดได้รับยา inhaled corticosteroid	รอบที่ 2 ≥ 80 %	≤40	50	60	70	≥ 80

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
≥ 20 %</td><td>≤8</td><td>11</td><td>14</td><td>17</td><td>≥ 20</td></tr>
<tr><td>รอบที่ 2
≥ 60 %</td><td>≤20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>≥ 60</td></tr>
<tr><td>2.อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง</td><td>รอบที่1,2
≤110%</td><td>≥130</td><td>125</td><td>120</td><td>115</td><td>≤110</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. นางสาวลดาวรรณ ช่างศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

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

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (✓) เชิงปริมาณ (✓) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 38.การบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย

38.1. ร้อยละการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะในโรงพยาบาล

38.2. ระดับความสำเร็จของการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะในโรงพยาบาล

38.3. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A , S)

ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ ระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน และอัตราส่วน
คำนิยาม 1. การบริจาคอวัยวะ หมายถึง การมอบอวัยวะเพื่อนำไปปลูกถ่ายให้ผู้ป่วยที่อวัยวะนั้นๆ เสื่อมสภาพ ผู้บริจาคต้องเสียชีวิตจากภาวะสมองตายเท่านั้น (ยกเว้น ไต 1 ข้าง, ตับ, ไขกระดูก เป็นต้น ที่สามารถบริจาคได้ตอนยังมีชีวิตอยู่) หลังผ่าตัดเพื่อนำอวัยวะไปให้ผู้ป่วยที่ได้รับบริจาค แพทย์จะตกแต่งร่างกายของผู้บริจาคให้เรียบร้อย แล้วมอบให้ญาติไปประกอบพิธีทางศาสนา

2. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ หมายถึง ศูนย์รับแจ้งความจำนงในการบริจาคอวัยวะจากผู้มีจิตกุศลตั้งแต่ยังมีชีวิตอยู่ โดยมีสถานที่ที่มีเจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ด้านการบริจาคอวัยวะ และรวบรวมใบแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะสำหรับผู้ที่มีความประสงค์ที่จะบริจาคอวัยวะ และประสานงานการจัดทำบัตรประจำตัวผู้บริจาคอวัยวะกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย

4. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่นรายงานตัวชี้วัดปี 2565 ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2564 เป็นตัวหาร)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
1. จำนวนศูนย์รับบริจาคอวัยวะ	แห่ง	1	1	1
2. จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ	คน	N/A	N/A	N/A
3. จำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก	คน	0	1	0
4. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ	อัตราส่วน (ต่อผู้เสียชีวิต 100 ราย)	0	0.51	0

เกณฑ์เป้าหมาย

1. ร้อยละการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะในโรงพยาบาล จำนวน 4 แห่ง ร้อยละ 50
2. ระดับความสำเร็จของการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะในโรงพยาบาล 5 ขั้นตอน

<u>ขั้นตอนที่ 1</u> มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

<u>ขั้นตอนที่ 2</u> มีศูนย์รับบริจาคอวัยวะที่มีสถานที่และผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน เพื่อรับแจ้งความจำนงในการบริจาคอวัยวะจากผู้มีจิตกุศล

<u>ขั้นตอนที่ 3</u> มีแผนการดำเนินงานการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ด้านการบริจาคอวัยวะ อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง

<u>ขั้นตอนที่ 4</u> มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

<u>ขั้นตอนที่ 5</u> มีผู้ความจำนงบริจาคอวัยวะ ≥ 1 คน

ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
N/A	ร้อยละ 50 (4 แห่ง)	ร้อยละ 75 (6 แห่ง)	ร้อยละ 100 (8 แห่ง)

<u>หมายเหตุ</u> - การประเมินรอบที่ 1 (ไตรมาสที่ 2) ขั้นตอนที่ 1-2 จำนวน 4 แห่ง

- การประเมินรอบที่ 2 (ไตรมาสที่ 4) ขั้นตอนที่ 1-5 จำนวน 4 แห่ง

3. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A,S)

ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
0.00 (ต่อผู้เสียชีวิต100 ราย)	0.60 (ต่อผู้เสียชีวิต100 ราย)	0.72 (ต่อผู้เสียชีวิต100 ราย)	0.86 (ต่อผู้เสียชีวิต100 ราย)

<u>หมายเหตุ</u> - การประเมินรอบที่ 1 (ไตรมาสที่ 2) ≥0.6 ต่อผู้เสียชีวิต100 ราย

- การประเมินรอบที่ 2 (ไตรมาสที่ 4) ≥0.6 ต่อผู้เสียชีวิต100 ราย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาล 8 แห่ง

วิธีจัดเก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเอกสาร หลักฐานแสดงการดำเนินงาน ฐานข้อมูลการเสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ และศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1. ร้อยละการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะในโรงพยาบาล = (A/B) x 100

รายงานข้อมูล A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะในโรงพยาบาลครบทั้ง 5 ขั้นตอน

รายงานข้อมูล B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด

2. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S) = (C/D) x 100

รายงานข้อมูลC=จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก(actual donor)ปีงบประมาณ2565

รายงานข้อมูล D = จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (hospital death) ปีงบประมาณ 2564

ระยะเวลาการประเมินผล ไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4

เกณฑ์การประเมินผล

<u>กลุ่มที่ 1</u> จังหวัด (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

ตัวชี้วัด	เป้า	เกณฑ์	น้ำหนัก	รอบที่	ระดับคะแนน				
					1	2	3	4	5
1. ร้อยละการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะ ในโรงพยาบาล	4 แห่ง	ร้อยละ 50	4	1 (1-2)	≤10	20	30	40	≥50
				2 (1-5)	≤10	20	30	40	≥50
2. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A , S)	0.60 (ต่อผู้เสียชีวิต100ราย)		1	1	≤0.2	0.3	0.4	0.5	≥ 0.6
				2	≤0.2	0.3	0.4	0.5	≥ 0.6

<u>กลุ่มที่ 2</u> โรงพยาบาลบึงกาฬ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	น้ำหนัก	รอบที่	ระดับคะแนน				
				1	2	3	4	5
1. ระดับความสำเร็จการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะ ในโรงพยาบาล 5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	3	1 (1-2)	1	1	2	2	2
			2 (1-5)	1	2	3	4	5
2. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A , S)	0.60 (ต่อผู้เสียชีวิต 100ราย)	2	1	≤0.2	0.3	0.4	0.5	≥ 0.6
			2	≤0.2	0.3	0.4	0.5	≥ 0.6

<u>กลุ่มที่ 3</u> โรงพยาบาลปากคาด โรงพยาบาลโซ่พิสัย โรงพยาบาลศรีวิไล โรงพยาบาลพรเจริญ โรงพยาบาลบุ่งคล้า โรงพยาบาลบึงโขงหลง และโรงพยาบาลเซกา (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	น้ำหนัก	รอบที่	ระดับคะแนน				
				1	2	3	4	5
1. ระดับความสำเร็จการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะ ในโรงพยาบาล 5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5	1 (1-2)	1	1	2	2	2
			2 (1-5)	1	2	3	4	5

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

วิธีการประเมินผล ประเมินจากหลักฐานที่รวบรวมจากผู้รับผิดชอบงาน และประเมินจากฐานข้อมูลการเสียชีวิตในโรงพยาบาล และศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

เอกสารสนับสนุน

1. ระเบียบสภากาชาดไทยว่าด้วยศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย พ.ศ.2545
2. คู่มือการประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ สภากาชาดไทย

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นายวีระ จิตบรรจง
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-492046 ต่อ104
โทรศัพท์มือถือ : 094-2837211
โทรสาร : 042-492001
E-mail : ncd.ssjbk@gmail.com
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ยุทธศาสตร์ที่ 2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ (....) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 39. 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

<u>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</u>

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
	ร้อยละ	24.58	23.46	33.33

<u>เกณฑ์เป้าหมาย</u> ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
≥ร้อยละ 20	≥ร้อยละ 30	≥ร้อยละ 40

<u>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</u> : ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery
<u>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</u> : หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (ODS) ผ่านระบบ One Day Surgery Registry
<u>แหล่งข้อมูล /สูตรคำนวณ</u> : 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

<u>ระยะเวลาประเมินผล</u> รายไตรมาส

<u>เกณฑ์การประเมินผล</u> ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ ร้อยละ 20
โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินและเข้าร่วมโครงการการผ่าตัดแบบ One Day Surgeryคือ โรงพยาบาลบึงกาฬและโรงพยาบาลเซกา

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

ระดับคะแนน1	ระดับคะแนน ๒	ระดับคะแนน ๓	ระดับคะแนน 4	ระดับคะแนน 5
ร้อยละ 1	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20

<u>วิธีการประเมินผล</u> วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS)

<u>เอกสารสนับสนุน</u> รหัสโรค (ICD-10 2010) / รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)

<u>ผู้ประสานงาน</u> 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 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (BK Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด : ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : 40.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

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564 (6เดือน)
-	ร้อยละ	-	91.51	63.77

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 ๑

A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planningดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 รหัส Z๗๑.๘ เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ

รายการข้อมูล ๒

B=จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนดที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z๕๑.๕) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD ๑๐ ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ ICD-๑๐ C00-C96, D37-D48, I60-I69, F๐๓, N๑๘.๕, J๔๔, I๕๐, K๗๒, K๗๐.๔, K๗๑.๗, B๒๐-B๒๔(ยกเว้น B๒๓.๐, B๒๓.๑), R๕๔ และผู้ป่วยอายุ ๐-๑๔ ปี (ที่วินิจฉัย Z๕๑๕ ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ

สูตรคำนวณ (A/B) x 100

ระยะเวลาประเมิน

รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมินผล

กำหนดเป็นค่าคะแนนในแต่ละกิจกรรมการดำเนินงาน โดยผลการดำเนินงานคิดสัดส่วนคะแนน ตามเป้าหมาย ดังนี้

1 คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
40-49	๕๐-๕๙	60-๖๙	๗0-๗๙	≥๘๐

กำหนดเป็นกิจกรรมการดำเนินงาน ๙ 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	๑
	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	๑
	1.3 โรงพยาบาลทุกระดับมีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน	๑
	1.4 โรงพยาบาลทุกระดับมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัวตามบริบท	๒
	1.5 โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioids ตามคำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลระยะท้ายของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๑
	คะแนนรวม กิจกรรมที่ 1	**๖**
๒.	มีระบบการวินิจฉัย (ICD-๑๐ Z๕๑๕) และการให้บริการ PC ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (รวมผู้ป่วยที่ไม่สามารถมา รพ.ได้ซึ่งมีการเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ คือ	
	๒.๑ กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-๑๐ รหัส C๐๐-C๙๖ ระยะแพร่กระจาย (แนวทางฯ หน้า ๑๐-๑๘)	๐.๕
	2.2 กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ ตีบ (Stroke) ICD-๑๐ รหัส I๖๐-I๖๙ และภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ICD-๑๐ รหัส F๐๓ (แนวทางฯ หน้า 19-25) Traumatic brain injury ICD-๑๐ รหัส S๖๐-S๖๙ Spinal cord injury (เฉพาะ Cervical level) ICD-๑๐ รหัส S14	๐.๕
	2.3 โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5 (แนวทางฯ หน้า 26-32)	๐.๕
	๒.๔ โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-๑๐ รหัส J๔๔ และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congenital Heart Failure) ICD-๑๐ รหัส I๕๐ (แนวทางฯ หน้า 33-43)	๐.๕

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.วรุฒ ชมภูจันทร์ ตำแหน่ง : นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 1161
โทรศัพท์มือถือ : - 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			สับสนกระสับกระส่าย	ตื่นดีพูดคุยรู้เรื่อง	ซึม	ซึมมากต้องกระตุ้นถึงจะลืมตา	ไม่รู้สึกตัวแม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
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°C [101.3]	+2

Interpretation

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

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

ตารางที่ 6 เกณฑ์การจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team 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 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 41.ร้อยละของผู้ป่วย Refracture Prevention ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ Refracture
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 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส

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

กระดูกสันหลัง กระดูกต้นแขน กระดูกข้อมือ กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกหน้าแข้งส่วนปลาย กระดูกข้อเท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส

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

ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง 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.		
		2562	2563	2564
ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)	< ร้อยละ 20	0	0	0
ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน	> ร้อยละ 50	NA	NA	NA

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

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน Refracture rate
1	Refracture < ร้อยละ 40
2	Refracture < ร้อยละ 35
3	Refracture < ร้อยละ 30
4	Refracture < ร้อยละ 25
5	Refracture < ร้อยละ 20

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน Early surgery
1	ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 10
2	ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 20
3	ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 30
4	ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 40
5	ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 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 (BK Service Excellence)

ประเภทตัวชี้วัด : ยุทธศาสตร์

ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ

ชื่อตัวชี้วัด : 42 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

ตัวชี้วัดย่อย :

1. อัตราป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิด community-acquired จาก
   - Acute Gastroenteritis
   - Pneumonia) และ
   - Necrotizing Fasciitis

   ลดลงร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา
2. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)
3. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)
4. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml./kg. ภายใน 1 ชั่วโมงแรก (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)
5. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30)

ค่าน้ำหนัก : **2**

หน่วยการวัด : ร้อยละ

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

1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย ภาวะ Severe 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 :

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

อำเภอ	ร้อยละ				
	2560	2561	2562	2563	2564
บึงกาฬ	30.26	22.7	26.9	25.58	
พรเจริญ	20	9.52	4.65	21.62	
โซ่พิสัย	22.05	10.11	11.24	11.43	
เซกา	12.2	7.78	17.65	11.19	
ปากคาด	10.53	10	9.38	2.27	
บึงโขงหลง	26.56	1.39	8.82	12.77	
ศรีวิไล	21.43	15.63	20	6.67	
บุ่งคล้า	16.13	12.5	25	20	
รวม	23.24	14.58	19.32	19.19	

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ			
2562	**2563**	**2564**	**2565**
< ร้อยละ25	< ร้อยละ 20	< ร้อยละ 15	< ร้อยละ 15

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล :

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

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

อัตราป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิด community-acquired จาก

- Acute Gastroenteritis
- Pneumonia) และ
- Necrotizing Fasciitis

ลดลงร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

รายการข้อมูล : A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจาก Gastroenteritis, Pneumonia และ Necrotizing Fasciitis ในปี 2565

B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจาก Gastroenteritis, Pneumonia และ Necrotizing Fasciitis ในปี 2564

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $\frac{(B-A) \times 100}{B}$

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

อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง

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

รายการข้อมูล : A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง

B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

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

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

อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชั่วโมง

หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว Admission และได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชั่วโมง (Sepsis fast track)

รายการข้อมูล : A = <u>จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง</u>

B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

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

ระยะเวลาประเมินผล : รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมินผล :

1. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ
2. มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. มีมาตรการ/กิจกรรมในการดำเนินงานเพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนี้

มาตรการที่ 1	**มาตรการที่ 2**	**มาตรการที่ 3**
ป้องกันการเกิดโรค ที่เป็นสาเหตุของ การติดเชื้อในกระแสเลือด (Pre hospital)	พัฒนาคุณภาพ ระบบบริการผู้ป่วยใน รพ. (In hospital)	พัฒนาคุณภาพ ระบบบริการผู้ป่วยหลังพ้น ระยะวิกฤติ (Post hospital)
1. ประชาสัมพันธ์/ ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นสาเหตุ/ อาการสำคัญ/ การรักษา/ การป้องกัน (ลดการใช้ยาสมุนไพรที่มีสเตรียรอยด์/ งดการใช้ยาฆ่าหญ้าGlyphosate, พาราควอต (Paraquat), สารฆ่าแมลงคลอร์ไพริฟอส/ การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนและครัวเรือนสุขบัญญัติ 10ประการ	1.พัฒนาคุณภาพระบบบริการ sepsis fast track - จัดทำCPG ระดับจังหวัด /อำเภอ - ทบทวน case dead จังหวัด/อำเภอ 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์ พยาบาล ในการวินิจฉัย ดูแลรักษาส่งต่อผู้ป่วย Severe Sepsis + septic shock	1. พัฒนาระบบ Refer back / IMC sepsis 2. พัฒนาระบบติดตามเยี่ยมบ้าน (COC)

มาตรการที่ 1	มาตรการที่ 2	มาตรการที่ 3
2. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบ EMS1669 3. พัฒนาศักยภาพ รพ.สต./ กู้ชีพ (ประเมิน/ ดูแลรักษา ผู้ป่วยเบื้องต้นและการส่งต่อรพ.) 4. เพิ่มความครอบคลุมในการรับ Flu vaccine ในกลุ่มเสี่ยง	3. การจัดการเชื้อดื้อยา (RDU-AMR) 4. การพัฒนาระบบ IC	

เกณฑ์การประเมิน :

1. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC/ คลังข้อมูล สสจ.บึงกาฬ V2 ของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของอำเภอ

2. เกณฑ์การให้คะแนน :

ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นรายสถานบริการ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired	≤15%	≥23%	21%	19%	17%	≤15%
อัตราป่วยรายใหม่ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิด Community-acquired จาก Gastroenteritis, Pneumonia และ Necrotizing Fasciitis ลดลงร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	ลดลงร้อยละ 5	≤1%	2%	3%	4%	≥5%
อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	75	80	85	90	≥95
อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	75	80	85	90	≥95
อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml./kg. ภายใน 1 ชั่วโมงแรก	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	75	80	85	90	≥95
อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชั่วโมง	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	24	26	28	30	>30

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

เอกสารสนับสนุน : แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์ ตำแหน่ง : นายแพทย์เชี่ยวชาญ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 1161-3
   โทรศัพท์มือถือ : 08 6403 6438
   สถานที่ทำงาน : โรงพยาบาลบึงกาฬ
2. นางอ้อพร บุติมุลตรี ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 107
   โทรศัพท์มือถือ : 08 8303 8828
   สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
3. นายก้อนคำ พลวงค์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4249 2046 ต่อ 107
   หมายเลขโทรศัพท์ 08 1975 1731
   สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางประกอบคำนิยาม

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

1.5. Temperature >38° C or <36° C

1.6. Heart rate >90 beats/min

1.7. Respiratory rate >20 /min หรือ $PaCO_2$ <32 mmHg

1.8. WBC >12,000 /mm^3, <4000 /mm^3, หรือมี band form >10 %

ตารางที่ 2 Tissue Hypoperfusion หรือ Organ Dysfunction

2.10. มีภาวะ hypotension

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

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

2.13. Acute lung injury ที่มี Pao2/ Fio2<250 โดยไม่มีภาวะ Pneumonia เป็นสาเหตุ

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

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

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

2.17. Platelet count <100,000μL

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

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA)score ในการประเมิน ได้แก่

3.4 Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า 15 ก็ได้)

3.5 Systolic blood pressure ≤100 mmHg

3.6 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°C [101.3]	+2

Interpretation

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

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

ตารางที่ 6 เกณฑ์การจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team 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 3 บุคลากร เก่ง ดี มีความสุข (Happy OrganiZation)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 43. ระดับความสำเร็จของอำเภอที่ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพองค์กรด้วยกิจกรรม 5ส
ค่าน้ำหนัก 43
หน่วยการวัด `ขั้นตอน
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	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
-	-	-	-	-

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 รวมทั้งมีระบบรายงานผลความคืบหน้าของกิจกรรม 5 ส ทุกไตรมาส - หน่วยงานประเมินตนเองตามมาตรฐาน 5 ส ร้อยละ 100
ระดับ 3	- หน่วยงาน ได้รับการประเมินมาตรฐาน 5ส โดยคณะกรรมการระดับอำเภอ ร้อยละ 50
ระดับ 4	- หน่วยงาน ได้รับการประเมินมาตรฐาน 5ส โดยคณะกรรมการระดับอำเภอ ร้อยละ 80
ระดับ 5	- หน่วยงาน ได้รับการประเมินมาตรฐาน 5ส โดยคณะกรรมการระดับอำเภอ 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 การบริหารจัดการ (Governene)
ประเภทตัวชี้วัด ประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด **44** ร้อยละของหน่วยบริการมีระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีคุณภาพที่เชื่อถือได้ สำหรับการบริหารจัดการระดับดีขึ้นไป
ค่าน้ำหนัก **2**
หน่วยการวัด **ร้อยละ**
คำนิยาม

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

สารสนเทศด้านสุขภาพ หมายถึง ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบ 43 แฟ้ม

43 แฟ้มมาตรฐาน หมายถึง ชุดข้อมูลที่ประมวลผลและส่งออกมาจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการด้านสาธารณสุขของหน่วยงานโดยต้องมีความครบถ้วนสมบูรณ์ตามโครงสร้างฐานข้อมูลด้านสุขภาพ Version2.4 ปีงบประมาณ 2564

คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจนเพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล หมายถึง กระบวนการตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2565 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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตและโรคเบาหวาน หมายถึงประชาชนที่ได้ถูกวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคความดันโลหิต รหัส ICD10 (I10-I15) และโรคเบาหวาน รหัส ICD10 (E10-E14) รายใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565 ต้องนำมาขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Version2.4 ปีงบประมาณ 2564 ในแฟ้ม CHRONIC

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละของหน่วยบริการมีระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีคุณภาพที่เชื่อถือได้สำหรับการบริหารจัดการระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ	80.52	75.57	63.33

เกณฑ์เป้าหมาย

ระดับจังหวัด/อำเภอ:

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

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

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)

ระยะเวลาการประเมินผล

12 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล

เกณฑ์การประเมิน:

จังหวัดประเมิน คปสอ.รอบ 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือนและรอบ 11 เดือน ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 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>เกณฑ์การให้คะแนนหน่วยบริการ:</u>

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

-ส่งข้อมูล 43 แฟ้มทุกวันทำการ 10 คะแนน

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

2. ความถูกต้อง 10 คะแนน

-ใช้คุณภาพข้อมูลOP/PPที่ตรวจโดย สปสช.เป็นตัวแทนความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดโดยใช้ทุกแฟ้มข้อมูล ที่สปสช.กำหนดให้ส่งและตรวจสอบความถูกต้อง

-ช่วงข้อมูลที่นำมาประเมินยึดวันที่ส่งข้อมูลไป สปสช.

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

3. ลดความซ้ำซ้อนข้อมูลแฟ้ม Person 10 คะแนน

การบันทึกแฟ้ม10คะแนนประเมินความถูกต้องความครอบคลุมประกอบด้วย

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

*(ซ้ำซ้อนมากกว่าร้อยละ 1 ได้ 0 คะแนน)

4. ร้อยการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตและโรคเบาหวาน 10 คะแนน

$$\text{คะแนน} = \frac{\text{ประชาชนถูกวินิจฉัยโรค DMHT ได้ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic)} \times 10}{\text{ประชาชนถูกวินิจฉีคโรค DMHTทั้งหมด}}$$

5. ร้อยละของหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบสถานบริการมีพิกัด GIS ไม่น้อยกว่า 90 (10 คะแนน)

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

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

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

7. หน่วยบริการมีการใช้โปรแกรม RCM ในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 10 คะแนน

$$\text{คะแนน} = \frac{\text{สถานบริการมีการใช้โปรแกรม RCM ในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล} \times 10}{\text{จำนวนสถานบริการทั้งหมดในอำเภอ}}$$

8. คุณภาพข้อมูลของแฟ้ม Person (30 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

<u>ระยะเวลาในการประเมินผล</u> : ประเมินทุกวันที่ 1 ของเดือน ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้นๆ (1 ธันวาคม, 1 มีนาคม, 1 มิถุนายน และ 1 กันยายน) ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย

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

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

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 11 เดือน
ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล

- ประเมินจากคุณภาพข้อมูลที่บันทึกตามคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565
- จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประเมินรายหน่วยบริการ/รายจังหวัด
- จากผลการสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

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

ยุทธศาสตร์ที่ 4.การบริหารจัดการ (BK Governance)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 45. ระดับคะแนนความสำเร็จของสำนักสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการเกณฑ์ PMQA ที่กำหนด
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด คะแนน
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 2564 - 2565 ดังนี้

1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี
2. ดำเนินการประเมินองค์การด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI)
3. นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ 1 แผน
4. กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 จำนวน 6 หัวข้อ ครบ 18 ข้อ
5. ดำเนินการแผนพัฒนาองค์การ
6. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การและตัวชี้วัด รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด
7. จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย 1 เรื่อง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ระดับคะแนนความสำเร็จของสำนักสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการตามเกณฑ์ PMQA ที่กำหนด	ระดับคะแนนความสำเร็จ	5	5	5

เกณฑ์เป้าหมาย

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. สสอ.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 1) ส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565 2. สสอ.ประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565 3. สสอ.นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement: OFI) มาจัดลำดับและจัดทำแผนพัฒนาองค์การหมวดละ 1 จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565 4. สสอ.กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ครบ18 ข้อ และจัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565	1.รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ 6 เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 4 เมษายน 2565 2.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 4 เมษายน 2565	1.รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ 9 เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2565 2.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 9 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2565	1.รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ 12 เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565 2.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 12 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565 3. จัดทำแผนปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) จำนวน 5 หน้า ดังนี้ 3.1 แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ 3.2 ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น 3.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 3.4 สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป (แบบฟอร์ม 5) ผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565

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/2564/frontend/web
- รายงานผลการประเมินจากทีม Internal Audit /ที่ปรึกษาภายนอก (Auditor)

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

แหล่งข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

1.รายงานข้อมูล A จำนวนคะแนนความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการตามเกณฑ์ PMQA

ระยะเวลาการประเมินผล รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล

<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>ขั้นตอนการดำเนินงาน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ (แบบฟอร์ม 1) ได้ครบถ้วน ส่งภายในระยะเวลากำหนด วันที่ 11 มกราคม 2565
<table>
<tr><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>0.20 คะแนน</td><td>0.40 คะแนน</td><td>0.60 คะแนน</td><td>0.80 คะแนน</td><td>1 คะแนน</td></tr>
<tr><td>5 คำถาม</td><td>7 คำถาม</td><td>9 คำถาม</td><td>11 คำถาม</td><td>13 คำถาม</td></tr>
</table>
เกณฑ์การให้คะแนน +/- 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 11 มกราคม 2565
<table>
<tr><th rowspan="2">โอกาสในการปรับปรุง(OFI)</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>0.80 คะแนน</td><td>1 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>ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับและทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ 1 แผน (แบบฟอร์ม3) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565
<table>
<tr><td rowspan="2">แผนพัฒนาองค์การ</td><td colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr>
<tr><td>0.40 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>4</td><td>▪ ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการจัดส่งภายใน 11 มกราคม 2565
<table>
<tr><td rowspan="2">หมวด 7ผลลัพธ์การดำเนินการ</td><td colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr>
<tr><td>0.40 คะแนน</td><td>0.50 คะแนน</td></tr>
<tr><td>ตัวชี้วัด 7.1 – 7.6 (18 ข้อ)</td><td>ไม่ครบ (18 ข้อ)</td><td>ครบ (18 ข้อ)</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>5</td><td>▪ ส่วนราชการรายงานผลการดำเนินการความก้าวหน้าของแผนพัฒนาองค์การและรายงานผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ผ่านระบบออนไลน์ภายในระยะเวลาที่กำหนด ดังนี้
รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 4 เมษายน 2565 รอบ 9 เดือน ภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2565
รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565
▪ ส่วนราชการจัดทำแผนปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) จำนวน 5 หน้า (แบบฟอร์ม 5) ดังนี้
1) แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ
2) ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น
3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
4) สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป
<table>
<tr><td rowspan="2">Best Practices</td><td colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr>
<tr><td>0.80 คะแนน</td><td>1 คะแนน</td></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>
</table>

วิธีการประเมินผล

กำหนดเป็น แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากคะแนนความสำเร็จที่ดำเนินการตามเกณฑ์ PMQA ดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

<u>รอบที่ 1</u> (ระดับที่ 5 ประเมินจากกำหนดระยะเวลากำหนดส่งเอกสาร รอบ 6 เดือน)

ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน

<u>รอบที่ 2</u> (ระดับที่ 5 ประเมินจากกำหนดระยะเวลากำหนดส่งเอกสาร 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

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

ยุทธศาสตร์ที่ ที่ 4 Governance Excellence (ยุทธศาสตร์พัฒนาการบริหารจัดการ)
ประเภทตัวชี้วัด ประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 46 ร้อยละผลงาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ร้อยละ
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.		
		2562	2563	2564
ร้อยละผลงาน วิจัย/R2R และ นวัตกรรมด้าน สุขภาพ ที่ให้ หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	ร้อยละ	45.95	44.83	81.94

เกณฑ์เป้าหมาย 5 คะแนน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ (รพท./รพช./สสอ./รพ.สต.)

วิธีจัดเก็บข้อมูล จากการประเมิน และแหล่งเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล/สูตรการคำนวณ

1.รายงานข้อมูล A = ร้อยละผลงาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ปี 2563 – 2565 ที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์ ในปีงบประมาณ 2564-2565 (3 คะแนน)

2.รายงานข้อมูล B = สัดส่วนของผลงาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563-2565 ที่เสร็จสมบูรณ์หรือสิ้นสุดการวิจัยต่อจำนวนหน่วยงานทั้งหมด (2 คะแนน)

ทั้งนี้

a = จำนวนผลงาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ปี 2563 - 2565 ที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์ ในปีงบประมาณ 2564-2565

b = จำนวนผลงาน วิจัย/R2R และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563-2565 ที่เสร็จสมบูรณ์หรือสิ้นสุดการวิจัย

c = จำนวนหน่วยงานทั้งหมด

ระยะเวลาการประเมินผล

การประเมิน รอบที่ 1 (ตุลาคม 2564 – มีนาคม 2565)

การประเมิน รอบที่ 2 (มีนาคม 2565 – กันยายน 2565)

สรุปผลคะแนน ไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายน 2565)

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 2563 - ปี 2565 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. ผลงานวิชาการที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมนำเสนอในงานประชุมวิชาการสาธารณสุขจังหวัดประจำปีและวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี
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 (BKPH Governance Excellence
ประเภทตัวชี้วัด ตัวชี้วัดงานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 47.ระดับความสำเร็จ คปสอ. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน 5 ขั้นตอน
ค่าน้ำหนัก 2
หน่วยการวัด ขั้นตอน
คำนิยาม การตรวจสอบภายใน หมายถึง กิจกรรมการให้ความเชื่อมั่นและการให้คำปรึกษาอย่างเที่ยงธรรมและเป็นอิสระ ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานของส่วนราชการให้ดีขึ้น การตรวจสอบภายในจะช่วยให้ส่วนราชการบรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ด้วยการประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุมและกำกับดูแลอย่างเป็นระบบ ความสำเร็จของการตรวจสอบภายในภาคราชการ พิจารณาจากความสามารถของหน่วยงานตรวจสอบภายในในการปฏิบัติตามระเบียบ มาตรฐานและแนวปฏิบัติการตรวจสอบภายในภาคราชการที่กรมบัญชีกลางกำหนด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
การตรวจสอบภายใน	แห่ง	8/8	3/8	4/8

เกณฑ์เป้าหมาย

คปสอ. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน 5 ขั้นตอน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

คปสอ. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 8 แห่ง (อำเภอเมืองบึงกาฬ/เซกา/โซ่พิสัย/ปากคาด/พรเจริญ/บึงโขงหลง/ศรีวิไล/บุ่งคล้า)

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 2565 (ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565)

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 แนวทางการแก้ไขข้อเสนอแนะเสนอหัวหน้าส่วนราชการพิจารณาสั่งการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปฏิบัติปีละ 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 5 รายงานผลการตรวจสอบภายในและประเมินผลโดยวิเคราะห์ถึงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการดำเนินงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะให้งานตรวจสอบภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ปีละ 2 ครั้ง ภายใน 15 วันนับจากวันที่สิ้นสุดการตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบภายใน

<u>เกณฑ์การให้คะแนน</u>

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีคำสั่งคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับ คป.สอ. มีคำสั่งคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับ หน่วยงาน (รพช./สสอ.)
2	มีการจัดทำแผนการตรวจสอบภายในระดับ คป.สอ. ปีละ 2 ครั้ง -รอบที่ 1 ต.ค.64 – มี.ค.65 -รอบที่ 2 เม.ย.65 – ก.ย.65
3	ประเมินและจัดทำแบบประเมินตนเองตามแบบสอบทานระบบการควบคุมภายในและประเมินผลการควบคุม แนวทางการประเมินตนเองของหน่วยงานตรวจสอบภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ทุก รพ.สต.ในสังกัด
4	คณะกรรมการตรวจสอบภายใน ระดับ คป.สอ. ดำเนินการออกตรวจสอบภายใน ตามแผนการตรวจสอบภายใน ข้อ 2 และติดตามการประเมินตนเองตามแบบประเมินตนเองของ รพ.สต.ในสังกัด ข้อ 3 และจัดทำรายงานผลการประเมินผลการตรวจสอบภายใน แนวทางการแก้ไขข้อเสนอแนะเสนอหัวหน้าส่วนราชการพิจารณาสั่งการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติ ปีละ 2 ครั้ง
5	คป.สอ. รายงานผลการตรวจสอบภายในและประเมินผลโดยวิเคราะห์ถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะให้งานตรวจสอบภายใน ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ปีละ 2 ครั้ง ภายใน 15 วันนับจากวันที่สิ้นสุดการตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบภายใน

วิธีการประเมินผล

ระดับความสำเร็จ คปสอ.ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน 5 ขั้นตอน ดังนี้

ระดับความสำเร็จ	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5
คะแนน	1	2	3	4	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)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด **(/) เชิงปริมาณ** **( ) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 48.ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา
ค่าน้ำหนัก -1.5
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม วัสดุยา หมายถึง ยา และวัสดุอื่นๆ ที่ใช้ในทางเภสัชกรรม และให้หมายความยาที่ใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย

การดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา หมายถึง การดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการดำเนินการที่เป็นระบบ โปร่งใส ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม มีการควบคุมกำกับและรายงานตามลำดับชั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2561	2562	2563	2564
ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา	ระดับ	95.0	98.25	94.06	100

เกณฑ์เป้าหมาย 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 2564 – 31 มีนาคม 2565 กิจกรรมที่ 1 - 11
การประเมินรอบที่ 2 1 เมษายน 2565 – 30 กันยายน 2565 กิจกรรมที่ 1 - 11

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับคะแนน 1	ระดับคะแนน 2	ระดับคะแนน 3	ระดับคะแนน 4	ระดับคะแนน 5
ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 60	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 70	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 80	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 90	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุยา ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล

กิจกรรม	แหล่งข้อมูล	คะแนน
1. มีผู้รับผิดชอบวัสดุยา ใน PTC ที่เป็นปัจจุบันและมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ 2 คะแนน - รายงานการประชุมคณะกรรมการ 3 คะแนน อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง	5
2. มีผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังวัสดุยา	คำสั่งแต่งตั้งรายชื่อผู้รับชอบงานบริหารคลังวัสดุยา ปีงบประมาณ 2565	5
3. มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุยา เข้า-ออก	เกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุยา เข้า/ออกบัญชีโรงพยาบาล	5
4. มีการจัดทำแผนจัดซื้อวัสดุยา ปีงบประมาณ 2565	แผนจัดซื้อวัสดุยา ปีงบประมาณ 2565	5
5. มีการจัดทำบัญชีรายการวัสดุยา ของโรงพยาบาลประจำปี 2565	บัญชีรายการวัสดุยา ของโรงพยาบาลประจำปี 2565	5
6. มีระบบการกำกับ/ควบคุม/ติดตาม/ตรวจสอบ การดำเนินงานของคลังวัสดุยา	- มีการจัดซื้อตามแผนและตรวจรับ 2 คะแนน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. 2557 - การจัดเก็บ มีการลงทะเบียน 3 คะแนน รับเข้าคลัง (stock card) <u>ทุกรายการและตามแบบฟอร์ม ระเบียบฯ พ.ศ. 2557</u> - คลังมีสภาพแข็งแรง มั่นคง ปลอดภัย 1 คะแนน - มีการควบคุมอุณหภูมิ แสง ความชื้น 2 คะแนน ตามมาตรฐาน - จัดให้มีการหมุนเวียนใช้ 2 คะแนน ตาม First In - First Out (FIFO)	10
7. มีแนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาฯ พ.ศ. 2557	แนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาฯพ.ศ.2557 <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>	15
กิจกรรม	**แหล่งข้อมูล**	**คะแนน**

9. การกำกับติดตามให้เป็นไปตามแนวทางการจัดซื้อตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. 2557	- มีการลงทะเบียนเบิก - จ่าย ที่ถูกต้อง มีแบบฟอร์มการเบิกจ่ายวัสดุยา ตามระเบียบชัดเจน และสามารถสอบทานกันได้ 5 คะแนน - สุ่ม รบ.๓๐๑ Stock Card และตรวจนับยาในคลัง ๑๐ รายการวัสดุยา <u>ถูกต้องและครบ</u> 10 คะแนน - ไม่พบวัสดุยาหมดอายุ 5 คะแนน	20
10. การกำกับ ติดตาม และนิเทศคลัง วัสดุยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- มีคำสั่งแต่งตั้งและแผนการปฏิบัติการ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง 5 คะแนน - สรุปผลการนิเทศคลังวัสดุยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ 2565 5 คะแนน - มีกรอบบัญชีรายการวัสดุยา รพ.สต.ประจำปีงบประมาณ 2565 5 คะแนน	15
11. มีการจัดซื้อวัสดุยา ร่วมระดับเขต/จังหวัด	รายงานผลการวัสดุยา ร่วมระดับเขต เป้าหมาย มูลค่าการจัดซื้อวัสดุยา ร่วมต่อมูลค่าการจัดซื้อวัสดุยา 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 (BKPH Governance)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด **(/) เชิงปริมาณ** **( ) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 49.ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป
ค่าน้ำหนัก -1.5
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม **วัสดุการแพทย์ทั่วไป หมายถึง** วัสดุที่ใช้ในทางการแพทย์ และให้หมายความวัสดุที่ใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย

การดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป หมายถึง การดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการดำเนินการที่เป็นระบบ โปร่งใส ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมมีการควบคุมกำกับและรายงานตามลำดับชั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2561	2562	2563	2564
ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป	ระดับ	92.5	95.75	91.88	96.25

เกณฑ์เป้าหมาย 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 2564 – 31 มีนาคม 2565 กิจกรรมที่ 1 - 11
การประเมินรอบที่ 2 1 เมษายน 2565 – 30 กันยายน 2565 กิจกรรมที่ 1 - 11

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับคะแนน 1	ระดับคะแนน 2	ระดับคะแนน 3	ระดับคะแนน 4	ระดับคะแนน 5
ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 60	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 70	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 80	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 90	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล

กิจกรรม	แหล่งข้อมูล	คะแนน
12. มีผู้รับผิดชอบการแพทย์ทั่วไป ใน PTC ที่เป็นปัจจุบันและมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ 2 คะแนน - รายงานการประชุมคณะกรรมการ 3 คะแนน อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง	5
13. มีผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังวัสดุการแพทย์ทั่วไป	คำสั่งแต่งตั้งรายชื่อผู้รับชอบงานบริหารคลังวัสดุการแพทย์ทั่วไป ปีงบประมาณ 2565	5
14. มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุการแพทย์ทั่วไป เข้า - ออก	เกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุการแพทย์ทั่วไป เข้า/ออกบัญชีโรงพยาบาล	5
15. มีการจัดทำแผนจัดซื้อวัสดุการแพทย์ทั่วไป ปีงบประมาณ 2565	แผนจัดซื้อวัสดุการแพทย์ทั่วไป ปีงบประมาณ 2565	5
16. มีการจัดทำบัญชีรายการวัสดุการแพทย์ทั่วไปของโรงพยาบาล ประจำปี 2565	บัญชีรายการวัสดุการแพทย์ทั่วไปของโรงพยาบาล ประจำปี 2565	5
17. มีระบบการกำกับ/ควบคุม/ติดตาม/ตรวจสอบ การดำเนินงานของคลังวัสดุการแพทย์ทั่วไป	- มีการจัดซื้อตามแผนและตรวจรับ 2 คะแนน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. 2557 - การจัดเก็บ มีการลงทะเบียน 3 คะแนน รับเข้าคลัง (stock card) <u>ทุกรายการและตามแบบฟอร์ม ระเบียบฯ พ.ศ. 2557</u> - คลังมีสภาพแข็งแรง มั่นคง ปลอดภัย 1 คะแนน - มีการควบคุมอุณหภูมิ แสง ความชื้น 2 คะแนน ตามมาตรฐาน - จัดให้มีการหมุนเวียนใช้ 2 คะแนน ตาม First In - First Out (FIFO)	10
18. มีแนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาฯ พ.ศ. 2557	แนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาฯพ.ศ. 2557 <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>	15
กิจกรรม	**แหล่งข้อมูล**	**คะแนน**
20. การกำกับติดตามให้เป็นไปตามแนวทางการจัดซื้อตามระเบียบกระทรวง	- มีการลงทะเบียนเบิก - จ่าย ที่ถูกต้อง 5 คะแนน มีแบบฟอร์มการเบิกจ่ายวัสดุ	20

สาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. 2557	การแพทย์ทั่วไป ตามระเบียบชัดเจน และสามารถสอบทานกันได้ - สุ่ม รบ.๓๐๑ Stock Card 10 คะแนน และตรวจนับยาในคลัง ๑๐ รายการวัสดุการแพทย์ทั่วไป <u>ถูกต้องและครบ</u> - ไม่พบวัสดุการแพทย์ทั่วไปหมดอายุ 5 คะแนน	
21. การกำกับ ติดตาม และนิเทศคลังวัสดุการแพทย์ทั่วไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- มีคำสั่งแต่งตั้งและแผนการปฏิบัติการ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง 5 คะแนน - สรุปผลการนิเทศคลังวัสดุการแพทย์ทั่วไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ 2565 5 คะแนน - มีกรอบบัญชีรายการวัสดุการแพทย์ทั่วไป รพ.สต. ประจำปีงบประมาณ 2565 5 คะแนน	15
22. มีการจัดซื้อวัสดุการแพทย์ทั่วไป ร่วมระดับเขต/จังหวัด	รายงานผลการวัสดุการแพทย์ร่วมระดับเขต 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 (BKPH Governance)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด **(/) เชิงปริมาณ** **( ) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 50.ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม
ค่าน้ำหนัก -1.5
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม **วัสดุทันตกรรม หมายถึง** วัสดุที่ใช้ในทางทันตกรรม และให้หมายความวัสดุที่ใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย
การดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม หมายถึง การดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการดำเนินการที่เป็นระบบ โปร่งใส ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมมีการควบคุมกำกับและรายงานตามลำดับชั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2561	2562	2563	2564
ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม	ระดับ	82.5	93.12	84.12	92.5

เกณฑ์เป้าหมาย 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 2564 – 31 มีนาคม 2565 กิจกรรมที่ 1 - 11
การประเมินรอบที่ 2 1 เมษายน 2565 – 30 กันยายน 2565 กิจกรรมที่ 1 - 11

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับคะแนน 1	ระดับคะแนน 2	ระดับคะแนน 3	ระดับคะแนน 4	ระดับคะแนน 5
ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 60	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 70	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 80	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 90	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล

กิจกรรม	แหล่งข้อมูล	คะแนน
23. มีผู้รับผิดชอบวัสดุทันตกรรม ใน PTC ที่เป็นปัจจุบันและมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ 2 คะแนน - รายงานการประชุมคณะกรรมการ 3 คะแนน อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง	5
24. มีผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังวัสดุทันตกรรม	คำสั่งแต่งตั้งรายชื่อผู้รับชอบงานบริหารคลังวัสดุ ทันตกรรม ปีงบประมาณ 2565	5
25. มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุทันตกรรม เข้า-ออก	เกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุทันตกรรม เข้า/ออกบัญชีโรงพยาบาล	5
26. มีการจัดทำแผนจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ปีงบประมาณ 2565	แผนจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ปีงบประมาณ 2565	5
27. มีการจัดทำบัญชีรายการวัสดุทันตกรรม ของโรงพยาบาล ประจำปี 2565	บัญชีรายการวัสดุทันตกรรม ของโรงพยาบาลประจำปี 2565	5
28. มีระบบการกำกับ/ควบคุม/ติดตาม/ตรวจสอบ การดำเนินงานของคลังวัสดุทันตกรรม	- มีการจัดซื้อตามแผนและตรวจรับ 2 คะแนน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. 2557 - การจัดเก็บ มีการลงทะเบียน 3 คะแนน รับเข้าคลัง (stock card) <u>ทุกรายการและตามแบบฟอร์ม ระเบียบฯ พ.ศ. 2557</u> - คลังมีสภาพแข็งแรง มั่นคง ปลอดภัย 1 คะแนน - มีการควบคุมอุณหภูมิ แสง ความชื้น 2 คะแนน ตามมาตรฐาน - จัดให้มีการหมุนเวียนใช้ 2 คะแนน ตาม First In - First Out (FIFO)	10
29. มีแนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาฯ พ.ศ. 2557	แนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาฯพ.ศ.2557 <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>	15
กิจกรรม	**แหล่งข้อมูล**	**คะแนน**

31. การกำกับติดตามให้เป็นไปตามแนวทางการจัดซื้อตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. 2557	- มีการลงทะเบียนเบิก - จ่าย ที่ถูกต้อง มีแบบฟอร์มการเบิกจ่ายวัสดุทันตกรรม ตามระเบียบชัดเจน และสามารถสอบทานกันได้ 5 คะแนน - สุ่ม รบ.๓๐๑ Stock Card และตรวจนับยาในคลัง ๑๐ รายการวัสดุทันตกรรม <u>ถูกต้องและครบ</u> 10 คะแนน - ไม่พบวัสดุทันตกรรมหมดอายุ 5 คะแนน	20
32. การกำกับ ติดตาม และนิเทศคลัง วัสดุทันตกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- มีคำสั่งแต่งตั้งและแผนการปฏิบัติการ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง 5 คะแนน - สรุปผลการนิเทศคลังวัสดุทันตกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ 2565 5 คะแนน - มีกรอบบัญชีรายการวัสดุทันตกรรม รพ.สต.ประจำปีงบประมาณ 2565 5 คะแนน	15
33. มีการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ร่วมระดับเขต/จังหวัด	รายงานผลการวัสดุทันตกรรม ร่วมระดับเขต เป้าหมาย มูลค่าการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ร่วมต่อมูลค่าการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม 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 (BKPH Governance)
ประเภทตัวชี้วัด งานประจำ
ลักษณะตัวชี้วัด **(/) เชิงปริมาณ** **( ) เชิงคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด 51.ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ
ค่าน้ำหนัก -1.5
หน่วยการวัด ร้อยละ
คำนิยาม **วัสดุทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง** วัสดุที่ใช้ในทางการแพทย์ ณ ห้องปฏิบัติการ และให้หมายความวัสดุที่ใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย

การดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง การดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการดำเนินการที่เป็นระบบโปร่งใส ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมมีการควบคุมกำกับและรายงานตามลำดับชั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2561	2562	2563	2564
ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ	ระดับ	87.5	93.5	98.25	95.625

เกณฑ์เป้าหมาย 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 2564 – 31 มีนาคม 2565 กิจกรรมที่ 1 - 11
การประเมินรอบที่ 2 1 เมษายน 2565 – 30 กันยายน 2565 กิจกรรมที่ 1 - 11

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับคะแนน 1	ระดับคะแนน 2	ระดับคะแนน 3	ระดับคะแนน 4	ระดับคะแนน 5
ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 60	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 70	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 80	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 90	ร้อยละผลการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพด้านวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล

กิจกรรม	**แหล่งข้อมูล**	**คะแนน**
34. มีผู้รับผิดชอบวัสดุทางห้องปฏิบัติการใน PTC ที่เป็นปัจจุบันและมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ 2 คะแนน - รายงานการประชุมคณะกรรมการ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง 3 คะแนน	5
35. มีผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังวัสดุ ทางห้องปฏิบัติการ	คำสั่งแต่งตั้งรายชื่อผู้รับชอบงานบริหารคลังวัสดุ ทางห้องปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2565	5
36. มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุทางห้องปฏิบัติการ เข้า-ออก	เกณฑ์การคัดเลือกรายการวัสดุทางห้องปฏิบัติการ เข้า/ออก บัญชีโรงพยาบาล	5
37. มีการจัดทำแผนจัดซื้อวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2565	แผนจัดซื้อวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2565	5
38. มีการจัดทำบัญชีรายการวัสดุทาง ห้องปฏิบัติการ ของโรงพยาบาลประจำปี 2565	บัญชีรายการวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ของโรงพยาบาลประจำปี 2565	5
39. มีระบบการกำกับ/ควบคุม/ติดตาม/ตรวจสอบ การดำเนินงานของคลังวัสดุทางห้องปฏิบัติการ	- มีการจัดซื้อตามแผนและตรวจรับตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. 2557 2 คะแนน - การจัดเก็บ มีการลงทะเบียนรับเข้าคลัง (stock card) <u>ทุกรายการและตามแบบฟอร์มระเบียบฯ พ.ศ. 2557</u> 3 คะแนน - คลังมีสภาพแข็งแรง มั่นคง ปลอดภัย 1 คะแนน - มีการควบคุมอุณหภูมิ แสง ความชื้นตามมาตรฐาน 2 คะแนน - จัดให้มีการหมุนเวียนใช้ตาม First In - First Out (FIFO) 2 คะแนน	10
กิจกรรม	**แหล่งข้อมูล**	**คะแนน**

40. มีแนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาฯ พ.ศ. 2557	แนวปฏิบัติและกลไกการกำกับการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาฯพ.ศ.2557 <u>เป็นลายลักษณ์อักษร</u>	5
41. มีการรายงานการบริหารเวชภัณฑ์ รายไตรมาส (DMSIC) หรือรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ไปที่ส่วนกลางและเขตสุขภาพที่ 8 ครบถ้วนและตรงเวลา	<u>http://dmsic.moph.go.th</u> ตรงเวลาและครบถ้วน โดยให้รายงานภายใน 30 วันหลังจากครบกำหนด/ข้อมูลการรายงานจากส่วนกลางและเขตสุขภาพที่ 8 (สบรส. R8way) <u>ตรงเวลาและครบถ้วน</u>	15
42. การกำกับติดตามให้เป็นไปตามแนวทางการจัดซื้อตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา พ.ศ. 2557	- มีการลงทะเบียนเบิก - จ่าย ที่ถูกต้อง มีแบบฟอร์มการเบิกจ่ายวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ตามระเบียบชัดเจน และสามารถสอบทานกันได้ 5 คะแนน - สุ่ม รบ.๓๐๑ Stock Card และตรวจนับยาในคลัง ๑๐ รายการวัสดุทางห้องปฏิบัติการ <u>ถูกต้องและครบ</u> 10 คะแนน - ไม่พบวัสดุทางห้องปฏิบัติการ หมดอายุ 5 คะแนน	20
43. การกำกับ ติดตาม และนิเทศคลัง วัสดุทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- มีคำสั่งแต่งตั้งและแผนการปฏิบัติการ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง 5 คะแนน - สรุปผลการนิเทศคลังวัสดุ ทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ 2565 5 คะแนน - มีกรอบบัญชีรายการวัสดุ ทางห้องปฏิบัติการ รพ.สต. ประจำปีงบประมาณ 2565 5 คะแนน	15
44. มีการจัดซื้อวัสดุทางห้องปฏิบัติการ ร่วมระดับเขต/จังหวัด	รายงานผลการวัสดุทางห้องปฏิบัติการ 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. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
ประเภทตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์
ลักษณะตัวชี้วัด (/) เชิงปริมาณ (....) เชิงคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 52 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA

52.1. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3

52.2 ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3

52.3 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.		
		2562	2563	2564
	ร้อยละ	87.5	100	100

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

๑. โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดบึงกาฬผ่าน HA ร้อยละ100
๒. โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบึงกาฬ ผ่าน HA ร้อยละ 90

<u>เป้าหมายระดับอำเภอ</u>

- 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)

<u>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</u> : โรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ
โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง ในจังหวัดบึงกาฬ

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

<u>แหล่งข้อมูล /สูตรคำนวณ</u> เอกสารการประเมินตนเองที่ได้ดำเนินการในช่วงระยะเวลาที่ใบประกาศรับรองจาก
สรพ. หรือข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ(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

<u>ระยะเวลาประเมินผล</u> **รายไตรมาส**

<u>เกณฑ์การประเมินผล</u>

6 เดือนแรก (ต.ค.64 – มี.ค.๖5)

1. โรงพยาบาลผ่านเป้าหมายการดำเนินงาน 5 คะแนน
2. โรงพยาบาล ที่เตรียมความพร้อมรับ Re – Accreditation เพื่อขอต่ออายุ ได้แก่ โรงพยาบาลศรีวิไล (R2) โรงพยาบาลโซ่พิสัย(R2) และโรงพยาบาลบุ่งคล้า(Re-ac1) โรงพยาบาลปากคาด (R4) โรงพยาบาลบึงโขงหลง (R3)และโรงพยาบาลเซกา(R2)ได้รับการประเมิน Re – Accreditation เพื่อขอต่ออายุ ร้อยละ 100

<u>12 เดือน (1 ต.ค. 64 – ก.ย.65)</u>

1. โรงพยาบาลผ่านเป้าหมายการดำเนินงาน 5 คะแนน
2. โรงพยาบาลในกลุ่มเป้าหมายได้รับการเยี่ยมสำรวจผ่านการรับรองการประเมิน Re – Accreditation เพื่อขอต่ออายุ ร้อยละ 100

<u>วิธีการประเมินผล</u> วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานผ่านประเมินโรงพยาบาลคุณภาพ HA

<u>เอกสารสนับสนุน</u> ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ(องค์การมหาชน) www.ha.or.th/ สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

<u>ผู้ประสานงาน</u> 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

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
เลขที่ 709 หมู่ 7 ถนนบึงกาฬ ตำบลวิศิษฐ์
อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ 38000