

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
(Inspection Guideline)

- ยุทธศาสตร์ ☐ PP & P Excellence ☒ Service Excellence
☐ People Excellence ☐ Governance Excellence
☐ Health-Related Economy Excellence

ข้อตัวชี้วัด : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 - I64) (เป้าหมาย < ร้อยละ 7)

ตัวชี้วัดย่อย : ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย \geq ร้อยละ 80)

คำนิยาม

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I64)

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในนอนพักรักษาใน โรงพยาบาล (Admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 - I64)
2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 - I64)
3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 - I64)

ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit

หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก

1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง
2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้น ๆ

ตารางที่ 1 ค่าเป้าหมาย :

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I64) (เป้าหมาย < ร้อยละ 7)

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7

ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์ : ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดนี้ : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

รูปแบบการจัดเก็บข้อมูล : (เลือกได้ 1 รูปแบบ)

☒ HDC

☐ ฐานข้อมูลกรม/ กอง/ หน่วยงาน

☐ ข้อมูลจากการตรวจราชการ

☐ อื่น ระบุ.....

ระยะเวลาการเก็บรวบรวมและตัดข้อมูล :

- ข้อมูลการตรวจราชการระดับจังหวัด ใช้ข้อมูล ณ ปัจจุบันก่อนลงพื้นที่ตรวจราชการ
- สรุปรวตรวจราชการรอบที่ 1 (ตุลาคม 2568 – มีนาคม 2569) : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2569
- สรุปรวตรวจราชการรอบที่ 2 (ตุลาคม 2568 – กรกฎาคม 2569) : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2569

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I64)

สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$

A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 - I64) จากทุกหอผู้ป่วย

B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I60 - I64)

ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน

ตัวชี้วัดนี้สามารถวัดเชิงคุณภาพได้แบบใด โปรดเลือก (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☒ 1) เชิงคุณภาพ (ด้านผลลัพธ์)

✓ 1. การให้บริการสุขภาพ

✓ 2. กำลังคนที่ให้บริการ

✓ 3. ระบบงานและการจัดการข้อมูล

✓ 4. การเข้าถึงยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ฉุกเฉิน

✓ 5. การเงินการคลังด้านการให้บริการ

✓ 6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ

หมายเหตุ : ขอให้จัดทำเกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ตามตารางที่ 4

☒ 2) เชิงคุณภาพ (ด้านผลกระทบ)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ✓ 1. การเข้าถึงบริการ | ✓ 2. ความครอบคลุมการรักษา |
| ✓ 3. การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ | ✓ 4. การเข้าถึงยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ฉุกเฉิน |
| ✓ 5. ความปลอดภัยของผู้ป่วยและข้อมูล | |

หมายเหตุ : ขอให้จัดทำเกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (Impact) ตามองค์การอนามัยโลก (WHO) ตามตารางที่ 6

มาตรการหลัก/กระบวนการที่สำคัญ (เฉพาะมาตรการหลัก (3-5 ข้อ) ไม่ควรนำกิจกรรมมาใส่)

1. เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการ Stroke Fast Track ในโรงพยาบาลทุกระดับ
 - พัฒนาสื่อและส่งเสริมการสร้าง Stroke alert and awareness สู่สาธารณชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมองมาโรงพยาบาลทันที โดยใช้ BEFAST
 - พัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และระบบให้คำปรึกษา (Tele-consult)
2. ยกระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด และเป็น Node รับส่งต่อผู้ป่วยได้
 - ขยายศักยภาพการให้บริการยาละลายลิ่มเลือด ถึงระดับโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย
3. สร้างเครือข่ายไร้รอยต่อ Mechanical Thrombectomy
 - พัฒนาระบบเครือข่ายส่งต่อไร้รอยต่อ (Seamless Referral Network) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษา Mechanical Thrombectomy ได้อย่างรวดเร็วในรูปแบบ 24/7 (สามารถดำเนินการ MOU ร่วมโรงพยาบาลสังกัดอื่นได้)
 - พัฒนาและกระตุ้นให้ รพศ./รพท. สามารถจัดบริการรูปแบบ 24/7 ได้ในทุกเขตสุขภาพ
4. พัฒนาการจัดบริการหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit)
 - ขยายการจัดตั้ง Stroke Unit ครอบคลุมถึงระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย
 - เพิ่มจำนวนเตียงใน Stroke Unit ให้เพียงพอ
 - เพิ่มการเข้าถึงบริการ Stroke Unit (โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย Ischemic Stroke, Hemorrhagic Stroke)
5. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร
 - พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้พร้อมต่อการให้บริการด้านโรคหลอดเลือดสมอง
 - การจัดอบรมในรูปแบบ On demand เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ที่สนใจเข้ารับการอบรมฯ
 - พิจารณาการจัดโครงสร้างกรอบอัตรากำลังให้ครอบคลุม และเหมาะสมกับภาระงาน รวมถึงการพิจารณาค่าตอบแทนที่เหมาะสม

ตารางที่ 2 เกณฑ์การประเมินผลเชิงปริมาณ :

วิธีการประเมินผล : เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย	
	รอบ 6 เดือน	รอบ 10 เดือน
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 - I64)	< ร้อยละ 7	< ร้อยละ 7
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80

เอกสาร/หลักฐานสนับสนุน : สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

ตารางที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณในแต่ละระดับ (ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2569) ดังนี้
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I64)

คะแนน	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน
10	< ร้อยละ 6.49
9	ร้อยละ 6.00 - 6.50
8	ร้อยละ 6.51 - 7.00
7	ร้อยละ 7.01 - 7.50
6	ร้อยละ 7.51 - 7.99
5	ร้อยละ 8.00 - 8.50
4	ร้อยละ 8.51 - 8.99
3	ร้อยละ 9.00 - 9.50
2	ร้อยละ 9.51 - 9.99
1	≥ ร้อยละ 10.00

ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit

คะแนน	เกณฑ์ผลการดำเนินงาน
10	ร้อยละ 100
9	ร้อยละ 90 - 99.99
8	ร้อยละ 80 - 89.99
7	ร้อยละ 70 - 79.99
6	ร้อยละ 60 - 69.99
5	ร้อยละ 50 - 59.99
4	ร้อยละ 40 - 49.99
3	ร้อยละ 30 - 39.99
2	ร้อยละ 20 - 29.99
1	< ร้อยละ 20

หมายเหตุ : เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณหน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัดเป็นผู้ออกแบบเกณฑ์ผลการดำเนินงาน
แต่ละระดับ โดยระบุเกณฑ์คะแนน 1-10 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

ตารางที่ 4 เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน
<input type="checkbox"/> การให้บริการสุขภาพ	1.เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการ Stroke Fast Track ในโรงพยาบาลทุกระดับ	ผู้ป่วย stroke (I60 - 64) ที่มารพ. ภายใน 4.5 ชม. \geq ร้อยละ 10	ผู้ป่วย stroke (I60 - 64) ที่มารพ. ภายใน 4.5 ชม. \geq ร้อยละ 20	ผู้ป่วย stroke (I60 - 64) ที่มารพ. ภายใน 4.5 ชม. \geq ร้อยละ 30	ผู้ป่วย stroke (I60 - 64) ที่มารพ. ภายใน 4.5 ชม. \geq ร้อยละ 40	ผู้ป่วย stroke (I60 - 64) ที่มารพ. ภายใน 4.5 ชม. \geq ร้อยละ 50	รายงานผลการจัดบริการด้านโรคหลอดเลือดสมอง (Service Plan: STROKE)
		ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (I63) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) \leq ร้อยละ 6	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (I63) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ร้อยละ 6 - 8	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (I63) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ร้อยละ 8-10	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (I63) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ร้อยละ 10 - 12	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (I63) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) $>$ ร้อยละ 12	
	2.การเข้าถึงยาลดความดันทางหลอดเลือดสมอง	ไม่มียาลดความดันทางหลอดเลือดสมอง (Nicardipine/ Labetalol)	ไม่มียาลดความดันทางหลอดเลือดดำ (Nicardipine/ Labetalol)	มียาลดความดันทางหลอดเลือดดำ (Nicardipine/ Labetalol)	มียาลดความดันทางหลอดเลือดดำ (Nicardipine/ Labetalol)	มียาลดความดันทางหลอดเลือดดำ (Nicardipine /Labetalol)	
	3.พัฒนาการจัดบริการหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Unit	1.โรงพยาบาลสามารถเปิดบริการ Stroke Unit ตามมาตรฐานกรมการแพทย์ - รพศ./รพท.ขนาดใหญ่ ร้อยละ 60 - รพท. ร้อยละ 60	1.โรงพยาบาลสามารถเปิดบริการ Stroke Unit ตามมาตรฐานกรมการแพทย์ - รพศ./รพท.ขนาดใหญ่ ร้อยละ 70 - รพท. ร้อยละ 65	1.โรงพยาบาลสามารถเปิดบริการ Stroke Unit ตามมาตรฐานกรมการแพทย์ - รพศ./รพท.ขนาดใหญ่ ร้อยละ 80 - รพท. ร้อยละ 70	1.โรงพยาบาลสามารถเปิดบริการ Stroke Unit ตามมาตรฐานกรมการแพทย์ - รพศ./รพท.ขนาดใหญ่ ร้อยละ 90 - รพท. ร้อยละ 75	1.โรงพยาบาลสามารถเปิดบริการ Stroke Unit ตามมาตรฐานกรมการแพทย์ - รพศ./รพท.ขนาดใหญ่ ครบทุกแห่ง - รพท. ร้อยละ 80	ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาใน Stroke Unit
		2. มีจำนวนเตียงเพียงพอตามเกณฑ์ที่กำหนด	2. มีจำนวนเตียงเพียงพอตามเกณฑ์ที่กำหนด	2. มีจำนวนเตียงเพียงพอตามเกณฑ์ที่กำหนด	2. มีจำนวนเตียงเพียงพอตามเกณฑ์ที่กำหนด	2. มีจำนวนเตียงเพียงพอตามเกณฑ์ที่กำหนด	

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน
<input type="checkbox"/> กำลังคนที่ให้บริการ	1. อัตราการส่วนการปฏิบัติงาน 2. การฝึกอบรม	1. อัตราส่วนพยาบาลเฉพาะทางต่อผู้ป่วยไม่เกิน 1 : 6 2. พยาบาลผ่านการอบรม Basic/Advance Stroke Nurse ร้อยละ 30	1. อัตราส่วนพยาบาลเฉพาะทาง ต่อผู้ป่วยไม่เกิน 1 : 5 2. พยาบาลผ่านการอบรม Basic/Advance Stroke Nurse ร้อยละ 40	1. อัตราส่วนพยาบาลเฉพาะทาง ต่อผู้ป่วยไม่เกิน 1 : 4 2. พยาบาลผ่านการอบรม Basic/Advance Stroke Nurse ร้อยละ 50	1.อัตราส่วนพยาบาลเฉพาะทาง ต่อผู้ป่วยไม่เกิน 1 : 3 2.พยาบาลผ่านการอบรม Basic/Advance Stroke Nurse ร้อยละ 50 3.พยาบาลผ่านการอบรมเฉพาะทางอย่างน้อย 1 คน/โรงพยาบาลที่มี Stroke Unit	1. อัตราส่วนพยาบาลเฉพาะทาง ต่อผู้ป่วยไม่เกิน 1 : 2 2. พยาบาลผ่านการอบรม Basic/Advance Stroke Nurse ร้อยละ 70 3. พยาบาลผ่านการอบรมเฉพาะทางอย่างน้อย 2 คนขึ้นไป/โรงพยาบาลที่มี Stroke Unit	รายงานผลการจัดบริการด้านโรคหลอดเลือดสมอง (Service Plan: STROKE)
<input type="checkbox"/> ระบบงานและการจัดการข้อมูล	ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลในระบบ HDC	ไม่มีฐานข้อมูล หรือมีข้อมูลไม่ครบ ไม่รายงานต่อเนื่อง	มีข้อมูลบางส่วน แต่ยังไม่ถูกต้องหรือรายงานล่าช้า ไม่สามารถวิเคราะห์ผลได้	มีระบบข้อมูล แต่ไม่สามารถวิเคราะห์ผลได้	มีระบบข้อมูลครบถ้วน ใช้วิเคราะห์ผลได้บางส่วน	มีระบบข้อมูล ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้	

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน
<input type="checkbox"/> การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	ยกระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด และเป็น Node รับส่งต่อผู้ป่วยได้	1. จำนวนโรงพยาบาลสามารถจัดบริการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ - รพศ./รพท. ร้อยละ 90 - รพช.แม่ข่ายที่มี CT Scan ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ร้อยละ 50	1. จำนวนโรงพยาบาลสามารถจัดบริการบริการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ - รพศ./รพท. ร้อยละ 90 - รพช.แม่ข่ายที่มี CT Scan ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ร้อยละ 60	1. จำนวนโรงพยาบาลสามารถจัดบริการบริการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ - รพศ./รพท. ร้อยละ 90 - รพช.แม่ข่ายที่มี CT Scan ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ร้อยละ 70	1. จำนวนโรงพยาบาลสามารถจัดบริการบริการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ - รพศ./รพท. ร้อยละ 90 - รพช.แม่ข่ายที่มี CT Scan ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ร้อยละ 80	1. จำนวน รพ.สามารถจัดบริการบริการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ - รพศ./รพท. ครบทุกแห่ง - รพช.แม่ข่าย ที่มี CT Scan ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทุกแห่ง ร้อยละ 90	รายงานผลการจัดบริการด้านโรคหลอดเลือดสมอง (Service Plan: STROKE)
	สร้างเครือข่ายไร้รอยต่อ Mechanical Thrombectomy (MT) รูปแบบ 24/7	2. โรงพยาบาลไม่มีระบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษากล่าว Mechanical Thrombectomy	2. โรงพยาบาลมีระบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษากล่าว Mechanical Thrombectomy แต่ยังไม่มีการส่งต่อผู้ป่วย	2. โรงพยาบาลมีระบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษากล่าว Mechanical Thrombectomy และมีการส่งต่อผู้ป่วย แต่ไม่สามารถให้บริการในรูปแบบ 24/7 ได้	โรงพยาบาลมีระบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษากล่าว Mechanical Thrombectomy และมีการส่งต่อผู้ป่วยได้ในรูปแบบ 24/7 นอกเขตสุขภาพ	โรงพยาบาลมีระบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษากล่าว Mechanical Thrombectomy และมีการส่งต่อผู้ป่วยได้ในรูปแบบ 24/7 ภายในเขตสุขภาพ	แนวทางการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำการรักษา MT

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน
<input type="checkbox"/> การเงินการคลัง	การเบิกงบประมาณค่าใช้จ่าย	ส่งเบิกงบประมาณล่าช้า	ส่งเบิกงบประมาณทันเวลา	1. ส่งเบิกงบประมาณทันเวลา 2. มีการทบทวนระบบเบิกจ่าย	1. ส่งเบิกงบประมาณทันเวลา 2. มีการทบทวนระบบเบิกจ่ายมีการตรวจสอบ	1. ส่งเบิกงบประมาณทันเวลา 2. มีการทบทวนระบบเบิกจ่ายมีการตรวจสอบ 3. มีการวางแผนการเบิกจ่ายงบประมาณ	แผนการเบิกจ่ายงบประมาณ
<input type="checkbox"/> ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบด้านโรคหลอดเลือดสมอง	ไม่มีแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบด้านโรคหลอดเลือดสมองในระดับจังหวัด	มีแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบด้านโรคหลอดเลือดสมองในระดับจังหวัด	1. มีแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบด้านโรคหลอดเลือดสมองในระดับจังหวัด 2. มีการนิเทศติดตามเพื่อแก้ไขปัญหาในระดับจังหวัด	1. มีแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบด้านโรคหลอดเลือดสมองในระดับจังหวัด 2. มีการนิเทศติดตามเพื่อแก้ไขปัญหาในระดับเขตสุขภาพ 3. มีการประชุมวางแผนพัฒนาภายในจังหวัด/เขตสุขภาพ ในภาพรวม	1. มีแผนปฏิบัติการ/โครงการพัฒนาระบบด้านโรคหลอดเลือดสมองในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ 2. มีการนิเทศติดตามผลการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาในระดับเขตสุขภาพ 3. มีการประชุมวางแผนพัฒนาภายในจังหวัด/เขตสุขภาพ ในภาพรวม 4. สนับสนุนการรับรองมาตรฐาน Standard Stroke Center Certification (SSCC) /Standard Stroke Unit	แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบด้านโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

หลักการให้คะแนนเชิงคุณภาพ

- 1) คะแนนรวม 100 คะแนนต่อหนึ่งตัวชี้วัด
 - หากตัวชี้วัดเชื่อมโยงกับหลาย Building Block (เช่น 6 ด้าน) ให้ใช้คะแนนเต็ม 100 คะแนนในการประเมินรวมทุกด้านนั้น
- 2) คะแนนเต็มของแต่ละ Building Block = 100 คะแนน
 - หากในแต่ละด้านมีหลายหัวข้อการประเมิน ให้รวมคะแนนทุกหัวข้อในส่วนนั้นให้เท่ากับ 100 คะแนน
- 3) คำนวณคะแนนเฉลี่ยรวมของทุกด้านที่เกี่ยวข้อง
 - เช่น $(68 + 40 + 60 + 85 + 45 + 90) \div 6 = 64.7$ คะแนน
 - เช่น $(72 + 65 + 58) \div 3 = 65$

ตารางที่ 5 การแปลผลระดับคุณภาพและระดับคะแนนการพัฒนา (5 ระดับ)

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	การแปลผลเชิงคุณภาพ	ระดับการพัฒนา
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 – 100	ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพและมาตรฐาน มีการบูรณาการร่วมกับเครือข่ายทุกภาคส่วนภายในเขตสุขภาพ สามารถใช้ข้อมูลจากระบบ HDC เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และรายงานผลเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนและพัฒนาต่อไปได้	ยั่งยืนและเป็นต้นแบบ
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 – 85	ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพมาตรฐาน มาตรฐาน มีการบูรณาการร่วมกับเครือข่ายภายในจังหวัด/เขตสุขภาพ สามารถใช้ข้อมูลจากระบบ HDC เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และรายงานผล	พัฒนาอย่างมั่นคง
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 – 70	ระบบบริการสุขภาพดำเนินการได้ตามมาตรฐานพื้นฐาน มีบางส่วนต้องปรับปรุง	กำลังพัฒนา
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 – 55	ดำเนินการตามมาตรการบางส่วน แต่ยังไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง	ต้องการการสนับสนุน
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40	ระบบบริการยังไม่เข้มแข็ง ขาดความเชื่อมโยงระหว่าง	ต้องการฟื้นฟูระบบ

ตารางที่ 6 เกณฑ์การประเมินผล ด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ ตามองค์การอนามัยโลก (WHO)

ผลกระทบ	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
<input type="checkbox"/> การเข้าถึง บริการ	1. ร้อยละผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมอง (I60 - I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับ การรักษาใน Stroke Unit	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 60 - 70	ร้อยละ 71 - 80	ร้อยละ 81 - 90	ร้อยละ 91 - 100	ข้อมูลจากการ ตรวจราชการ และนิเทศงาน ประจำปี งบประมาณ
<input type="checkbox"/> ความ ครอบคลุม การรักษา	ร้อยละผู้ป่วย stroke ที่มี BI < 15 เข้ารับ การรักษา ใน IMC	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ข้อมูลจากการ ตรวจราชการ และนิเทศงาน ประจำปี งบประมาณ
	อัตราการตาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (Stroke) ภายใน 90 วัน หลังจากจำหน่าย ออกจาก รพ.	> ร้อยละ 25	ร้อยละ 21 - 25	ร้อยละ 15 - 20	ร้อยละ 10 - 14	< ร้อยละ 10	ข้อมูลจากการ ตรวจราชการ และนิเทศงาน ประจำปี งบประมาณ

ผลกระทบ	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
<input type="checkbox"/> การรักษาตาม มาตรฐาน คุณภาพบริการ	การผ่านการ ประเมินเพื่อรับรอง มาตรฐาน Standard Stroke Center Certification (SSCC) /Standard Stroke Unit	เขตสุขภาพไม่มี จำนวน โรงพยาบาลที่ผ่าน การประเมิน รับรองมาตรฐาน Standard Stroke Center Certification (SSCC) /Standard Stroke Unit	เขตสุขภาพมี จำนวน โรงพยาบาลที่ผ่าน การประเมิน รับรองมาตรฐาน Standard Stroke Center Certification (SSCC)/Standard Stroke Unit เพิ่มขึ้น ≥ 1 แห่ง	เขตสุขภาพมี จำนวน โรงพยาบาลที่ผ่าน การประเมิน รับรองมาตรฐาน Standard Stroke Center Certification (SSCC)/Standard Stroke Unit เพิ่มขึ้น ≥ 2 แห่ง	เขตสุขภาพมี จำนวน โรงพยาบาลที่ผ่าน การประเมิน รับรองมาตรฐาน Standard Stroke Center Certification (SSCC) /Standard Stroke Unit เพิ่มขึ้น ≥ 3 แห่ง	เขตสุขภาพมีจำนวน โรงพยาบาลที่ผ่าน การประเมิน รับรอง มาตรฐาน Standard Stroke Center Certification (SSCC) /Standard Stroke Unit เพิ่มขึ้น > 4 แห่ง	ใบรับรองการ ผ่านการ ประเมิน รับรอง มาตรฐาน Standard Stroke Center Certification (SSCC) /Standard Stroke Unit
<input type="checkbox"/> ประสิทธิภาพ ของการรักษา	อัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (I60 - I64)	\geq ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 7	< ร้อยละ 6	< ร้อยละ 5	ระบบรายงาน ข้อมูลใน ฐานข้อมูล HDC
	ร้อยละผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมองตีบ (I63) ที่ ได้รับยาละลายลิ่ม เลือดภายใน 60 นาที หลังเข้ารับการ รักษาในรพ.	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 61-70	ร้อยละ 71 - 80	ร้อยละ 81 - 90	ร้อยละ 91 - 100	ข้อมูลจากการ ตรวจราชการ และนิเทศงาน ประจำปี งบประมาณ
<input type="checkbox"/> ความปลอดภัย ของผู้ป่วยและ ข้อมูล	การทบทวนและ วิเคราะห์สาเหตุ การตายและ ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มีการทบทวน และวิเคราะห์ สาเหตุการตาย และภาวะแทรก ซ้อน	มีการทบทวนและ วิเคราะห์สาเหตุ การตายและ ภาวะแทรกซ้อน บางราย	มีการทบทวนและ วิเคราะห์สาเหตุ การตายและ ภาวะแทรกซ้อนทุก ราย	มีการทบทวนและ วิเคราะห์สาเหตุ การตายและ ภาวะแทรกซ้อน ทุกราย และมีการ ปรับปรุงพัฒนา เพื่อแก้ไขปัญหา	มีการทบทวนและ วิเคราะห์สาเหตุ การตายและ ภาวะแทรกซ้อน ทุกราย และมีการปรับปรุง แก้ไขปัญหามี การนำมาใช้อย่าง เป็นรูปธรรม	แบบรายงาน ผลการ วิเคราะห์ สาเหตุการตาย

เกณฑ์การประเมินผลกระทบ/ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์

หลักการให้คะแนน

1) คะแนนรวม 100 คะแนนต่อหนึ่งตัวชี้วัด

- หากตัวชี้วัดเชื่อมโยงกับ Result มากกว่า 1 ด้าน (เช่น 3 ด้าน) ให้ใช้คะแนนเต็ม 100 คะแนนในการประเมินรวมทุกด้านนั้น
- คำนวณคะแนนเฉลี่ยรวม เช่น $(75+85+69) \div 3 = 76.33$ คะแนน
เช่น $(68+85+75+55+64.6) \div 3 = 69.5$ คะแนน ใช้คะแนนเฉลี่ยดังกล่าวเป็นคะแนนรวมของ Result

2) พิจารณาจากผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (Evidence of Result)

- ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น สถิติ ผลสำรวจ ข้อมูลคุณภาพบริการ และผลการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชน
- เน้นการสะท้อนผลลัพธ์ (Results-based) มากกว่ากระบวนการดำเนินงาน

3) พิจารณาจากผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (Evidence of Result)

- ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น สถิติ ผลสำรวจ ข้อมูลคุณภาพบริการ และผลการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชน
- มีแนวโน้มการพัฒนาอย่างต่อเนื่องหรือไม่
- ส่งผลกระทบเชิงบวกต่อระบบสุขภาพและประชาชนหรือไม่

ตารางที่ 7 การแปลผลคะแนนเพื่อสะท้อนระดับคุณภาพและระดับคะแนนของผลกระทบ

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	ความหมายโดยสรุป
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 – 100	ผลลัพธ์โดดเด่น สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชนและระบบบริการสุขภาพ
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 – 85	ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมายชัดเจน สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชน แต่ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 – 70	ผลลัพธ์อยู่ในระดับมาตรฐาน มีระบบบริการสุขภาพบางส่วนต้องปรับปรุง
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 – 55	ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ต้องปรับกลยุทธ์หรือระบบสนับสนุน
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40	ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรือเกิดผลกระทบในทางลบต่อประชาชนและระบบบริการสุขภาพ ต้องแก้ไขเร่งด่วน

หลักการคิดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

- สัดส่วน 70 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ
- สัดส่วน 30 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ (Outcome หรือ Impact)

ตารางที่ 8 การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (15%)
ระดับคะแนนที่ได้ $\times 0.7 = \text{Score}$	$(\text{คะแนนที่ได้} \div 10) \times 0.15$ $= \text{Score}$	$(\text{คะแนนที่ได้} \div 10) \times 0.15$ $= \text{Score}$
Score เชิงปริมาณ + Score เชิงคุณภาพ = (คะแนนเต็ม 10)		

หมายเหตุ : 1. หากตัวชี้วัดประเมินเชิงคุณภาพด้านผลลัพธ์ ให้ใส่คะแนนตามช่องที่กำหนดและคำนวณ Score
 2. หากตัวชี้วัดประเมินเชิงคุณภาพด้านผลกระทบ ให้ใส่คะแนนตามช่องที่กำหนดและคำนวณ Score
 3. หากตัวชี้วัดประเมินได้เพียงด้านเดียว(ด้านผลลัพธ์หรือด้านผลกระทบ) ให้คิดสัดส่วนเชิงคุณภาพด้านเดียวเท่ากับ 30% เช่น $(\text{คะแนนที่ได้} \div 10) \times 0.3 = \text{Score}$

หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา

ตารางที่ 9 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
แพทย์หญิงทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันประสาทวิทยา	โทรศัพท์มือถือ: 062 246 6195 E-mail: neeneetanti@gmail.com	สรุปผลการ ดำเนินการ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ

ตารางที่ 10 ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสาวฐานมาศ เกษเพ็ชร	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กองบริหารการ สาธารณสุข	โทรศัพท์มือถือ: 097 169 4535 E-mail: moph.serviceplanstroke@gmail.com	สรุปผลการ ดำเนินการ
นายปิยพนธ์ อุปคำ	นักสาธารณสุข ปฏิบัติการ สถาบันประสาทวิทยา	โทรศัพท์มือถือ: 093 559 2625 E-mail: Piyaphon.aup@gmail.com	สรุปผลการ ดำเนินการ
นายปวิช อภิบาลกุล	นักวิเคราะห์นโยบาย และแผนชำนาญการ กองยุทธศาสตร์และ แผนงาน กรมการแพทย์	โทรศัพท์มือถือ: 098 546 3564 E-mail: evaluation.dms@gmail.com	ปัญหาอุปสรรค
นางสาวเมวดี มั่นคงขันตวิวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนักนิเทศระบบ การแพทย์ กรมการแพทย์	โทรศัพท์มือถือ: 089 708 3662 E-mail: fern_mavadee@hotmail.com	สรุปผลการ ดำเนินการ

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกก.กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

ภาคผนวก

เอกสารแนบ รายละเอียดการให้คะแนนตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจาก มาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสาร หรือ หลักฐาน ที่ใช้ ประเมิน
<input type="checkbox"/> การให้บริการ สุขภาพ	1.เพิ่มการเข้าถึง ระบบบริการ Stroke Fast Track ในโรงพยาบาล ทุกระดับ	ผู้ป่วย stroke (I60 - 64) ที่มารพ.ภายใน 4.5 ชม.					รายงานผล การ จัดบริการ ด้านโรค หลอดเลือด สมอง (Service Plan: STROKE)
		ร้อยละ 9 - 10 = 40 คะแนน ร้อยละ 7 - 8 = 32 คะแนน ร้อยละ 5 - 6 = 24 คะแนน ร้อยละ 3 - 4 = 16 คะแนน ร้อยละ 1 - 2 = 8 คะแนน	ร้อยละ 19 - 20 = 55 คะแนน ร้อยละ 17 - 18 = 52 คะแนน ร้อยละ 15 - 16 = 48 คะแนน ร้อยละ 13 - 14 = 45 คะแนน ร้อยละ 11 - 12 = 41 คะแนน	ร้อยละ 29 - 30 = 70 คะแนน ร้อยละ 27 - 28 = 67 คะแนน ร้อยละ 25 - 26 = 63 คะแนน ร้อยละ 23 - 24 = 50 คะแนน ร้อยละ 21 - 22 = 56 คะแนน	ร้อยละ 39 - 40 = 85 คะแนน ร้อยละ 37 - 38 = 82 คะแนน ร้อยละ 35 - 36 = 78 คะแนน ร้อยละ 33 - 34 = 75 คะแนน ร้อยละ 31 - 32 = 71 คะแนน	ร้อยละ 49 - 50 = 100 คะแนน ร้อยละ 47 - 48 = 97 คะแนน ร้อยละ 45 - 46 = 93 คะแนน ร้อยละ 43 - 44 = 90 คะแนน ร้อยละ 41 - 42 = 86 คะแนน	
		ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (I63) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)					
		ร้อยละ 5.1 - 6.0 = 40 คะแนน ร้อยละ 4.1 - 5.0 = 32 คะแนน ร้อยละ 3.1 - 4.0 = 24 คะแนน ร้อยละ 2.1 - 3.0 = 16 คะแนน ร้อยละ 1.0 - 2.0 = 8 คะแนน	ร้อยละ 7.63 - 8.0 = 55 คะแนน ร้อยละ 7.25 - 7.62 = 52 คะแนน ร้อยละ 6.87 - 7.24 = 48 คะแนน ร้อยละ 6.49 - 6.86 = 45 คะแนน ร้อยละ 6.1 - 6.48 = 41 คะแนน	ร้อยละ 9.63 - 10.0 = 70 คะแนน ร้อยละ 9.25 - 9.62 = 67 คะแนน ร้อยละ 8.87 - 9.24 = 63 คะแนน ร้อยละ 8.49 - 8.86 = 60 คะแนน ร้อยละ 8.1 - 8.48 = 56 คะแนน	ร้อยละ 11.63 - 12.0 = 85 คะแนน ร้อยละ 11.25 - 11.62 = 82 คะแนน ร้อยละ 10.87 - 11.24 = 78 คะแนน ร้อยละ 10.49 - 10.86 = 75 คะแนน ร้อยละ 10.1 - 10.48 = 71 คะแนน	> ร้อยละ 13.62 = 100 คะแนน ร้อยละ 13.25 - 13.62 = 97 คะแนน ร้อยละ 12.87 - 13.24 = 93 คะแนน ร้อยละ 12.49 - 12.86 = 90 คะแนน ร้อยละ 12.1-12.48 = 86 คะแนน	
	2.การเข้าถึงยาลด ความดันทางหลอดเลือด สมอง	มียาลดความดันทางหลอดเลือดสมอง (Nicardipine/Labetalol)					
		ไม่มียาลดความดันทางหลอดเลือดดำ (Nicardipine/Labetalol) = 0 คะแนน			มียาลดความดันทางหลอดเลือดดำ (Nicardipine/Labetalol) = 100 คะแนน		

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจาก มาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสาร หรือ หลักฐาน ที่ใช้ ประเมิน
	3.พัฒนาการจัดบริการ หอภิบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง Stroke Unit	โรงพยาบาลสามารถเปิดบริการ Stroke Unit ตามมาตรฐานกรมการแพทย์					
		1.สามารถเปิดบริการได้ รพศ./รพท.ขนาดใหญ่ ร้อยละ 51 - 60 = 40 คะแนน ร้อยละ 38 - 50 = 32 คะแนน ร้อยละ 25 - 37 = 24 คะแนน ร้อยละ 13 - 24 = 16 คะแนน ร้อยละ 1 - 12 = 8 คะแนน รพท. ร้อยละ 51 - 60 = 40 คะแนน ร้อยละ 38 - 50 = 32 คะแนน ร้อยละ 25 - 37 = 24 คะแนน ร้อยละ 13 - 24 = 16 คะแนน ร้อยละ 1 - 12 = 8 คะแนน 2. มีจำนวนเตียงเพียงพอตามเกณฑ์ที่กำหนด	1.สามารถเปิดบริการได้ รพศ./รพท.ขนาดใหญ่ ร้อยละ 69 - 70 = 55 คะแนน ร้อยละ 67 - 68 = 52 คะแนน ร้อยละ 65 - 66 = 48 คะแนน ร้อยละ 63 - 64 = 45 คะแนน ร้อยละ 61 - 62 = 41 คะแนน รพท. ร้อยละ 65 = 55 คะแนน ร้อยละ 64 = 52 คะแนน ร้อยละ 63 = 48 คะแนน ร้อยละ 62 = 45 คะแนน ร้อยละ 61 = 41 คะแนน 2. มีจำนวนเตียงเพียงพอตามเกณฑ์ที่กำหนด	1.สามารถเปิดบริการได้ รพศ./รพท.ขนาดใหญ่ ร้อยละ 79 - 80 = 70 คะแนน ร้อยละ 77 - 78 = 67 คะแนน ร้อยละ 75 - 76 = 63 คะแนน ร้อยละ 73 - 74 = 60 คะแนน ร้อยละ 71 - 72 = 56 คะแนน รพท. ร้อยละ 70 = 70 คะแนน ร้อยละ 69 = 67 คะแนน ร้อยละ 68 = 63 คะแนน ร้อยละ 67 = 60 คะแนน ร้อยละ 66 = 56 คะแนน 2. มีจำนวนเตียงเพียงพอตามเกณฑ์ที่กำหนด	1.สามารถเปิดบริการได้ รพศ./รพท.ขนาดใหญ่ ร้อยละ 89 - 90 = 85 คะแนน ร้อยละ 87 - 88 = 82 คะแนน ร้อยละ 85 - 86 = 80 คะแนน ร้อยละ 83 - 84 = 75 คะแนน ร้อยละ 81 - 82 = 71 คะแนน รพท. ร้อยละ 75 = 85 คะแนน ร้อยละ 74 = 82 คะแนน ร้อยละ 73 = 78 คะแนน ร้อยละ 72 = 75 คะแนน ร้อยละ 71 = 71 คะแนน 2. มีจำนวนเตียงเพียงพอตามเกณฑ์ที่กำหนด	1.สามารถเปิดบริการได้ รพศ./รพท.ขนาดใหญ่ ร้อยละ 99 - 100 = 100 คะแนน ร้อยละ 97 - 98 = 97 คะแนน ร้อยละ 95 - 96 = 93 คะแนน ร้อยละ 93 - 94 = 90 คะแนน ร้อยละ 91 - 92 = 86 คะแนน รพท. ร้อยละ 80 = 100 คะแนน ร้อยละ 79 = 97 คะแนน ร้อยละ 78 = 93 คะแนน ร้อยละ 77 = 90 คะแนน ร้อยละ 76 = 86 คะแนน 2. มีจำนวนเตียงเพียงพอตามเกณฑ์ที่กำหนด	ข้อมูลผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจาก มาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสาร หรือ หลักฐาน ที่ใช้ ประเมิน
<input type="checkbox"/> กำลังคนที่ให้บริการ	1. อัตราการส่วน การปฏิบัติงาน 2. การฝึกอบรม	1. อัตราส่วนพยาบาล เฉพาะทางต่อผู้ป่วย ไม่เกิน 1:6 2. พยาบาลผ่านการอบรม Basic/Advance Stroke Nurse ร้อยละ 30 ร้อยละ 25 - 30 = 40 คะแนน ร้อยละ 19 - 24 = 32 คะแนน ร้อยละ 13 - 18 = 24 คะแนน ร้อยละ 7 - 12 = 16 คะแนน ร้อยละ 1 - 6 = 8 คะแนน	1. อัตราส่วนพยาบาล เฉพาะทาง ต่อผู้ป่วย ไม่เกิน 1:5 2. พยาบาลผ่านการ อบรม Basic/Advance Stroke Nurse ร้อยละ 40 ร้อยละ 39 - 40 = 55 คะแนน ร้อยละ 37 - 38 = 52 คะแนน ร้อยละ 35 - 36 = 48 คะแนน ร้อยละ 33 - 34 = 45 คะแนน ร้อยละ 31 - 32 = 41 คะแนน	1. อัตราส่วนพยาบาล เฉพาะทาง ต่อผู้ป่วย ไม่เกิน 1:4 2. พยาบาลผ่านการ อบรม Basic/Advance Stroke Nurse ร้อยละ 50 ร้อยละ 49 - 50 = 70 คะแนน ร้อยละ 47 - 48 = 67 คะแนน ร้อยละ 45 - 46 = 63 คะแนน ร้อยละ 43 - 44 = 60 คะแนน ร้อยละ 41 - 42 = 56 คะแนน	1. อัตราส่วนพยาบาล เฉพาะทาง ต่อผู้ป่วย ไม่เกิน 1:3 2. พยาบาลผ่านการ อบรม Basic/Advance Stroke Nurse ร้อยละ 60 ร้อยละ 59 - 60 = 85 คะแนน ร้อยละ 57 - 58 = 82 คะแนน ร้อยละ 55 - 56 = 78 คะแนน ร้อยละ 53 - 54 = 75 คะแนน ร้อยละ 51 - 52 = 71 คะแนน 3. พยาบาลผ่านการ อบรมเฉพาะทาง อย่างน้อย 1 คน/ โรงพยาบาล ที่มี Stroke Unit	1. อัตราส่วนพยาบาล เฉพาะทาง ต่อผู้ป่วย ไม่เกิน 1:2 2. พยาบาลผ่านการ อบรม Basic/Advance Stroke Nurse ร้อยละ 70 ร้อยละ 69 - 70 = 100 คะแนน ร้อยละ 67 - 68 = 97 คะแนน ร้อยละ 65 - 66 = 93 คะแนน ร้อยละ 63 - 64 = 90 คะแนน ร้อยละ 61 - 62 = 86 คะแนน 3. พยาบาลผ่านการ อบรมเฉพาะทาง อย่างน้อย 2 คน ขึ้นไป/โรงพยาบาล ที่มี Stroke Unit	รายงานผล การ จัดบริการ ด้านโรค หลอดเลือด สมอง (Service Plan: STROKE)
<input type="checkbox"/> ระบบงาน และการ จัดการ ข้อมูล	ความถูกต้องและ ครบถ้วนของข้อมูล ในระบบ HDC	ไม่มีฐานข้อมูล หรือมี ข้อมูลไม่ครบ ไม่รายงาน ต่อเนื่อง = 40 คะแนน	มีข้อมูลบางส่วน แต่ยังไม่ถูกต้อง หรือ รายงานล่าช้า ไม่ สามารถวิเคราะห์ผลได้ = 55 คะแนน	มีระบบข้อมูล แต่ไม่ สามารถ วิเคราะห์ผลได้ = 70 คะแนน	มีระบบข้อมูลครบถ้วน ใช้วิเคราะห์ผลได้ บางส่วน = 85 คะแนน	มีระบบข้อมูล ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้ = 100 คะแนน	ข้อมูลจาก การตรวจ ราชการ และนิเทศ งาน ประจำปี งบประมาณ

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจาก มาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสาร หรือ หลักฐาน ที่ใช้ ประเมิน
<div><div></div><div>การเข้าถึง ยาและ เทคโนโลยี</div></div>	<div>ยกระดับ โรงพยาบาล แม่ข่ายสามารถ ให้ยาละลาย ลิ่มเลือด และเป็น Node รับส่งต่อ ผู้ป่วย=</div>	จำนวนโรงพยาบาลสามารถจัดบริการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้					รายงานผล การ จัดบริการ ด้านโรค หลอดเลือด สมอง (Service Plan: STROKE)
		<div>1.สามารถให้บริการได้ รพศ./รพท.ขนาดใหญ่ ร้อยละ 73 - 90 = 40 คะแนน ร้อยละ 55 - 72 = 32 คะแนน ร้อยละ 37 - 54 = 24 คะแนน ร้อยละ 19 - 36 = 16 คะแนน ร้อยละ 1 - 18 = 8 คะแนน รพช.แม่ข่ายที่มี CT Scan ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ร้อยละ 41- 50 = 40 คะแนน ร้อยละ 31 - 40 = 32 คะแนน ร้อยละ 21 - 30 = 24 คะแนน ร้อยละ 11 - 20 = 16 คะแนน ร้อยละ 1 - 10 = 8 คะแนน</div>	<div>1.สามารถให้บริการได้ รพศ./รพท.ขนาดใหญ่ ร้อยละ 73 - 90 = 55 คะแนน ร้อยละ 55 - 72 = 52 คะแนน ร้อยละ 37 - 54 = 48 คะแนน ร้อยละ 19 - 36 = 45 คะแนน ร้อยละ 1 - 18 = 41 คะแนน รพช.แม่ข่ายที่มี CT Scan ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ร้อยละ 59 - 60 = 55 คะแนน ร้อยละ 57 - 58 = 52 คะแนน ร้อยละ 55 - 56 = 48 คะแนน ร้อยละ 53 - 54 = 45 คะแนน ร้อยละ 51-52 = 41 คะแนน</div>	<div>1.สามารถให้บริการได้ รพศ./รพท.ขนาดใหญ่ ร้อยละ 73 - 90 = 70 คะแนน ร้อยละ 55-72 = 67 คะแนน ร้อยละ 37 - 54 = 63 คะแนน ร้อยละ 19 - 36 = 60 คะแนน ร้อยละ 1 - 18 = 56 คะแนน รพช.แม่ข่ายที่มี CT Scan ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ร้อยละ 79-80 = 70 คะแนน ร้อยละ 77-78 = 67 คะแนน ร้อยละ 75 - 76 = 63 คะแนน ร้อยละ 73 - 74 = 60 คะแนน ร้อยละ 71 - 72 = 56 คะแนน</div>	<div>1.สามารถให้บริการได้ รพศ./รพท.ขนาดใหญ่ ร้อยละ 73-90 = 85 คะแนน ร้อยละ 55-72 = 82 คะแนน ร้อยละ 37 - 54 = 78 คะแนน ร้อยละ 19 - 36 = 75 คะแนน ร้อยละ 1 - 18 = 71 คะแนน รพช.แม่ข่ายที่มี CT Scan ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ร้อยละ 79 - 80 = 85 คะแนน ร้อยละ 77 - 78 = 82 คะแนน ร้อยละ 75 - 76 = 78 คะแนน ร้อยละ 73 - 74 = 75 คะแนน ร้อยละ 71 - 72 = 71 คะแนน</div>	<div>1.สามารถให้บริการได้ รพศ./รพท.ขนาดใหญ่ ร้อยละ 99-100 = 100 คะแนน ร้อยละ 97 - 98 = 97 คะแนน ร้อยละ 95 - 96 = 93 คะแนน ร้อยละ 93 - 94 = 90 คะแนน ร้อยละ 91 - 92 = 86 คะแนน รพช.แม่ข่ายที่มี CT Scan ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ร้อยละ 89 - 90 = 100 คะแนน ร้อยละ 87 - 88 = 97 คะแนน ร้อยละ 85 - 86 = 93 คะแนน ร้อยละ 83 - 84 = 90 คะแนน ร้อยละ 81 - 82 = 86 คะแนน</div>	

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสาร หรือ หลักฐาน ที่ใช้ ประเมิน
	สร้างเครือข่าย ไร้รอยต่อ Mechanical Thrombectomy (MT) รูปแบบ 24/7	การจัดระบบบริการ Mechanical Thrombectomy					
		โรงพยาบาลไม่มีระบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษา Mechanical Thrombectomy = 40 คะแนน	โรงพยาบาลมีระบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษา Mechanical Thrombectomy แต่ยังไม่มีการส่งต่อผู้ป่วย = 55 คะแนน	โรงพยาบาลมีระบบ คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษา Mechanical Thrombectomy และมีการส่งต่อผู้ป่วย แต่ไม่สามารถให้บริการ ในรูปแบบ 24/7 ได้ = 70 คะแนน	โรงพยาบาลมีระบบ คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษา Mechanical Thrombectomy และมีการส่งต่อผู้ป่วยได้ ในรูปแบบ 24/7 นอกเขตสุขภาพ = 85 คะแนน	โรงพยาบาลมีระบบ คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษา Mechanical Thrombectomy และมีการส่งต่อผู้ป่วยได้ ในรูปแบบ 24/7 ภายในเขตสุขภาพ = 100 คะแนน	แนวทางการรักษาและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อทำการรักษา MT
<input type="checkbox"/> การเงิน การคลัง	การเบิกงบประมาณ ค่าใช้จ่าย	การเบิกงบประมาณค่าใช้จ่าย					
		ส่งเบิกงบประมาณล่าช้า = 40 คะแนน	ส่งเบิกงบประมาณ ทันเวลา = 55 คะแนน	1. ส่งเบิกงบประมาณ ทันเวลา 2. มีการทบทวนระบบ เบิกจ่าย = 70 คะแนน	1. ส่งเบิกงบประมาณ ทันเวลา 2. มีการทบทวนระบบ เบิกจ่ายมีการตรวจสอบ = 85 คะแนน	1. ส่งเบิกงบประมาณ ทันเวลา 2. มีการทบทวนระบบ เบิกจ่ายมีการตรวจสอบ 3. มีการวางแผน การเบิกจ่ายงบประมาณ = 100 คะแนน	แผนการ เบิกจ่าย งบประมาณ

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจาก มาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสาร หรือ หลักฐาน ที่ใช้ ประเมิน
<input type="checkbox"/> ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล ระบบ สุขภาพ	แผนปฏิบัติการ พัฒนาระบบ ด้านโรค หลอดเลือดสมอง	การจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบด้านโรคหลอดเลือดสมอง					
		ไม่มีแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบด้านโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับจังหวัด = 40 คะแนน	มีแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบด้านโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับจังหวัด = 55 คะแนน	1. มีแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบด้านโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับจังหวัด 2. มีการนิเทศติดตาม เพื่อแก้ไขปัญหาในระดับจังหวัด = 70 คะแนน	1. มีแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบด้านโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับจังหวัด 2. มีการนิเทศติดตาม เพื่อแก้ไขปัญหาในระดับเขตสุขภาพ 3. มีการประชุม วางแผนพัฒนาภายใน จังหวัด/เขตสุขภาพ ในภาพรวม = 85 คะแนน	1. มีแผนปฏิบัติการ/โครงการพัฒนาระบบด้านโรคหลอดเลือดสมองในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ 2. มีการนิเทศติดตาม ผลการดำเนินงาน เพื่อแก้ไขปัญหาในระดับเขตสุขภาพ 3. มีการประชุม วางแผนพัฒนาภายใน จังหวัด/เขตสุขภาพ ในภาพรวม 4. สนับสนุนการรับรอง มาตรฐาน Standard Stroke Center Certification (SSCC) /Standard Stroke Unit = 100 คะแนน	แผนปฏิบัติการพัฒนา ระบบ ด้านโรค หลอดเลือด สมอง

เอกสารแนบ รายละเอียดการให้คะแนนตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เกณฑ์การประเมินผล ด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ ตามองค์การอนามัยโลก (WHO)

ผลกระทบ	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
<input type="checkbox"/> การเข้าถึง บริการ	1. ร้อยละผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมอง (I60 - I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการ รักษาใน Stroke Unit	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit					
		ร้อยละ 51 - 60 = 40 คะแนน ร้อยละ 38 - 50 = 32 คะแนน ร้อยละ 25 - 37 = 24 คะแนน ร้อยละ 13 - 24 = 16 คะแนน ร้อยละ 1 - 12 = 8 คะแนน	ร้อยละ 69 - 70 = 55 คะแนน ร้อยละ 67 - 68 = 52 คะแนน ร้อยละ 65 - 66 = 48 คะแนน ร้อยละ 63 - 64 = 45 คะแนน ร้อยละ 61 - 62 = 41 คะแนน	ร้อยละ 79 - 80 = 70 คะแนน ร้อยละ 77 - 78 = 67 คะแนน ร้อยละ 75 - 76 = 63 คะแนน ร้อยละ 73 - 74 = 60 คะแนน ร้อยละ 71 - 72 = 56 คะแนน	ร้อยละ 89 - 90 = 85 คะแนน ร้อยละ 87 - 88 = 82 คะแนน ร้อยละ 85 - 86 = 78 คะแนน ร้อยละ 83 - 84 = 75 คะแนน ร้อยละ 81 - 82 = 71 คะแนน	ร้อยละ 99 - 100 = 100 คะแนน ร้อยละ 97 - 98 = 97 คะแนน ร้อยละ 95 - 96 = 93 คะแนน ร้อยละ 93 - 94 = 90 คะแนน ร้อยละ 91 - 92 = 86 คะแนน	ข้อมูลจากการ ตรวจราชการ และนิเทศงาน ประจำปี งบประมาณ
<input type="checkbox"/> ความ ครอบคลุม การรักษา	ร้อยละผู้ป่วย stroke ที่มี BI < 15 เข้ารับ การรักษา ใน IMC	ร้อยละผู้ป่วย stroke ที่มี BI < 15 เข้ารับการรักษา ใน IMC					
		ร้อยละ 25 - 30 = 40 คะแนน ร้อยละ 19 - 24 = 32 คะแนน ร้อยละ 13 - 18 = 24 คะแนน ร้อยละ 7 - 12 = 16 คะแนน ร้อยละ 1 - 6 = 8 คะแนน	ร้อยละ 39 - 40 = 55 คะแนน ร้อยละ 37 - 38 = 51.5 คะแนน ร้อยละ 35 - 36 = 48 คะแนน ร้อยละ 33 - 34 = 45 คะแนน ร้อยละ 31 - 32 = 41 คะแนน	ร้อยละ 49 - 50 = 70 คะแนน ร้อยละ 47 - 48 = 67 คะแนน ร้อยละ 45 - 46 = 63 คะแนน ร้อยละ 43 - 44 = 60 คะแนน ร้อยละ 41 - 42 = 56 คะแนน	ร้อยละ 59 - 60 = 85 คะแนน ร้อยละ 57 - 58 = 82 คะแนน ร้อยละ 55 - 56 = 78 คะแนน ร้อยละ 53 - 54 = 75 คะแนน ร้อยละ 51 - 52 = 71 คะแนน	ร้อยละ 69 - 70 = 100 คะแนน ร้อยละ 67 - 68 = 97 คะแนน ร้อยละ 65 - 66 = 93 คะแนน ร้อยละ 63 - 64 = 90 คะแนน ร้อยละ 61 - 62 = 86 คะแนน	ข้อมูลจากการ ตรวจราชการ และนิเทศงาน ประจำปี งบประมาณ
	อัตราการตาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (Stroke) ภายใน 90 วัน หลังจากจำหน่าย ออกจาก รพ. *วัดเป็น mRS scale และเป็น scale 6=death	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภายใน 90 วัน หลังจากจำหน่ายออกจาก รพ.					
		ร้อยละ 26 = 40 คะแนน ร้อยละ 27 = 32 คะแนน ร้อยละ 28 = 24 คะแนน ร้อยละ 29 = 16 คะแนน > ร้อยละ 30 = 8 คะแนน	ร้อยละ 21 = 55 คะแนน ร้อยละ 22 = 52 คะแนน ร้อยละ 23 = 48 คะแนน ร้อยละ 24 = 44.5 คะแนน ร้อยละ 25 = 41 คะแนน	ร้อยละ 16 = 70 คะแนน ร้อยละ 17 = 67 คะแนน ร้อยละ 18 = 63 คะแนน ร้อยละ 19 = 60 คะแนน ร้อยละ 20 = 56 คะแนน	ร้อยละ 10 = 85 คะแนน ร้อยละ 11 = 82 คะแนน ร้อยละ 12 = 78 คะแนน ร้อยละ 13 = 75 คะแนน ร้อยละ 14 = 71 คะแนน	< ร้อยละ 2 = 100 คะแนน ร้อยละ 2 - 3 = 97 คะแนน ร้อยละ 4 - 5 = 93 คะแนน ร้อยละ 6 - 7 = 90 คะแนน ร้อยละ 8 - 9 = 86 คะแนน	ข้อมูลจากการ ตรวจราชการ และนิเทศงาน ประจำปี งบประมาณ

ผลกระทบ	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
<input type="checkbox"/> การรักษาตาม มาตรฐาน คุณภาพบริการ	1. การผ่านการ ประเมินเพื่อรับรอง มาตรฐาน Standard Stroke Center Certification (SSCC) /Standard Stroke Unit	ผ่านการประเมินเพื่อรับรองมาตรฐาน Standard Stroke Center Certification (SSCC) /Standard Stroke Unit					
		เขตสุขภาพไม่มี จำนวน โรงพยาบาลที่ผ่าน การประเมิน รับรองมาตรฐาน Standard Stroke Center Certification (SSCC) /Standard Stroke Unit = 40 คะแนน	เขตสุขภาพมี จำนวน โรงพยาบาลที่ผ่าน การประเมิน รับรองมาตรฐาน Standard Stroke Center Certification (SSCC)/Standard Stroke Unit เพิ่มขึ้น ≥ 1 แห่ง = 55 คะแนน	เขตสุขภาพมี จำนวน โรงพยาบาลที่ผ่าน การประเมิน รับรองมาตรฐาน Standard Stroke Center Certification (SSCC)/Standard Stroke Unit เพิ่มขึ้น ≥ 2 แห่ง = 70 คะแนน	เขตสุขภาพมี จำนวน โรงพยาบาลที่ผ่าน การประเมิน รับรองมาตรฐาน Standard Stroke Center Certification (SSCC) /Standard Stroke Unit เพิ่มขึ้น ≥ 3 แห่ง = 85 คะแนน	เขตสุขภาพมีจำนวน โรงพยาบาลที่ผ่าน การประเมิน รับรอง มาตรฐาน Standard Stroke Center Certification (SSCC) /Standard Stroke Unit เพิ่มขึ้น > 4 แห่ง = 100 คะแนน	ใบรับรองการ ผ่านการ ประเมิน รับรอง มาตรฐาน Standard Stroke Center Certification (SSCC) /Standard Stroke Unit
<input type="checkbox"/> ประสิทธิภาพ ของการรักษา	อัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64)	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64)					
		ร้อยละ 8.0 = 40 คะแนน ร้อยละ 8.1 - 9.0 = 30 คะแนน ร้อยละ 9.1 - 10 = 20 คะแนน ร้อยละ 10.1 - 11 = 10 คะแนน \geq ร้อยละ 11.1 = 0 คะแนน	ร้อยละ 7.8 - 7.9 = 55 คะแนน ร้อยละ 7.6 - 7.7 = 52 คะแนน ร้อยละ 7.4 - 7.5 = 48 คะแนน ร้อยละ 7.2 - 7.3 = 45 คะแนน ร้อยละ 7.0 - 7.1 = 41 คะแนน	ร้อยละ 6.8 - 6.9 = 70 คะแนน ร้อยละ 6.6 - 6.7 = 67 คะแนน ร้อยละ 6.4 - 6.5 = 63 คะแนน ร้อยละ 6.2 - 6.3 = 60 คะแนน ร้อยละ 6.0 - 6.1 = 56 คะแนน	ร้อยละ 5.8 - 5.9 = 85 คะแนน ร้อยละ 5.6 - 5.7 = 82 คะแนน ร้อยละ 5.4 - 5.5 = 78 คะแนน ร้อยละ 5.2 - 5.3 = 75 คะแนน ร้อยละ 5.0 - 5.1 = 71 คะแนน	$<$ ร้อยละ 4.2 = 100 คะแนน ร้อยละ 4.2 - 4.3 = 97 คะแนน ร้อยละ 4.4 - 4.5 = 93 คะแนน ร้อยละ 4.6 - 4.7 = 90 คะแนน ร้อยละ 4.8 - 4.9 = 86 คะแนน	ระบบรายงาน ข้อมูลใน ฐานข้อมูล HDC

ผลกระทบ	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
	ร้อยละผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ตีบ (I63) ที่รับยา ละลายลิ่มเลือด ภายใน 60 นาที หลังเข้ารับการ รักษาในรพ.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (I63) ที่รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาทีหลังเข้ารับการรักษาในรพ.					
		ร้อยละ 51 - 60 = 40 คะแนน ร้อยละ 38 - 50 = 32 คะแนน ร้อยละ 25 - 37 = 24 คะแนน ร้อยละ 13 - 24 = 16 คะแนน ร้อยละ 1 - 12 = 8 คะแนน	ร้อยละ 69 - 70 = 55 คะแนน ร้อยละ 67 - 68 = 52 คะแนน ร้อยละ 65 - 66 = 48 คะแนน ร้อยละ 63 - 64 = 45 คะแนน ร้อยละ 61 - 62 = 41 คะแนน	ร้อยละ 79 - 80 = 70 คะแนน ร้อยละ 77 - 78 = 67 คะแนน ร้อยละ 75 - 76 = 63 คะแนน ร้อยละ 73 - 74 = 60 คะแนน ร้อยละ 71 - 72 = 56 คะแนน	ร้อยละ 89 - 90 = 85 คะแนน ร้อยละ 87 - 88 = 82 คะแนน ร้อยละ 85 - 86 = 78 คะแนน ร้อยละ 83 - 84 = 75 คะแนน ร้อยละ 81 - 82 = 71 คะแนน	ร้อยละ 99 - 100 = 100 คะแนน ร้อยละ 97 - 98 = 97 คะแนน ร้อยละ 95 - 96 = 93 คะแนน ร้อยละ 93 - 94 = 90 คะแนน ร้อยละ 91 - 92 = 86 คะแนน	ข้อมูลจากการ ตรวจราชการ และนิเทศงาน ประจำปี งบประมาณ
<input type="checkbox"/> ความปลอดภัย ของผู้ป่วยและ ข้อมูล	การทบทวนและ วิเคราะห์สาเหตุ การตายและ ภาวะแทรกซ้อน	ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายและภาวะแทรกซ้อน					
		ไม่มีการทบทวน และวิเคราะห์ สาเหตุการตาย และภาวะแทรก ซ้อน = 40 คะแนน	มีการทบทวนและ วิเคราะห์สาเหตุ การตายและ ภาวะแทรกซ้อน บางราย = 55 คะแนน	มีการทบทวนและ วิเคราะห์สาเหตุ การตายและ ภาวะแทรกซ้อน ทุกราย = 70 คะแนน	มีการทบทวนและ วิเคราะห์สาเหตุ การตายและ ภาวะแทรกซ้อน ทุกราย และมีการ ปรับปรุงพัฒนา เพื่อแก้ไขปัญหา = 85 คะแนน	มีการทบทวนและ วิเคราะห์สาเหตุ การตายและ ภาวะแทรกซ้อน ทุกราย และมีการ ปรับปรุงแก้ไข ปัญหาและมีการ นำมาใช้อย่างเป็น รูปธรรม = 100 คะแนน	แบบรายงาน ผลการ วิเคราะห์ สาเหตุการตาย

หมายเหตุ :

- รพศ. หมายถึง โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่สุดในระดับจังหวัดหรือภูมิภาค มีศักยภาพสูงในการรักษาโรคซับซ้อนและเป็นศูนย์กลางการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น ๆ มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป
- รพท.ขนาดใหญ่ หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ที่มีขีดความสามารถระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) มีขนาดเตียงประมาณ 120 - 500 เตียง เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดหรืออำเภอขนาดใหญ่ มีแพทย์เฉพาะทางและเทคโนโลยีรองรับการรักษาที่ซับซ้อนขึ้น แต่ยังเล็กกว่าโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)
- รพท. หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
- รพช.แม่ข่าย หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนระดับกลางถึงใหญ่ที่มีศักยภาพสูงขึ้น ทำหน้าที่เป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในระดับอำเภอ/เครือข่าย