

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน โรงพยาบาลน้ำเย็น

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ 2567

สำหรับหน่วยงานโรงพยาบาลน้ำเย็น

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลน้ำเย็น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

โรงพยาบาลน้ำเย็น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วัน/เดือน/ปี : 28 ธันวาคม 2566

หัวข้อ : หน่วยงานมีการเปิดเผยข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน : แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานโรงพยาบาลน้ำเย็น

รายละเอียดข้อมูล : (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

หน่วยงานมีการเปิดเผยข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน : แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานโรงพยาบาลน้ำเย็น  
ปีงบประมาณ 2567

Link ภายนอก : .....

หมายเหตุ : .....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

(นางสาวนุชจรินทร์ ศรีบุญ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ

ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

ผู้อนุมัติรับรองการให้ข้อมูล

(นางสาวนุชจรินทร์ ศรีบุญ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ

ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

(นายณรินทร์ จุลทัศน์)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ผู้อนุมัตินำข้อมูลขึ้นเผยแพร่บนเว็บ

(นายชัยวัฒน์ ดาราสิขมน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำเย็น



# แผนปฏิบัติการ ประจำปี งบประมาณ 2567 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอน้ำยืน



งานยุทธศาสตร์เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอน้ำยืน

จังหวัดอุบลราชธานี

## คำนำ

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไทรน้อย ได้ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี 2567 โดยมีความเชื่อมโยงกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับนโยบายเน้นหนักของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข 13 ประเด็น รวมถึง Quick Win 100 วัน รวมถึงนโยบายเน้นหนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายเน้นหนัก

ของนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นกรอบแนวทางการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในสังกัดให้บรรลุเป้าหมาย

การจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี 2567 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไทรน้อย ได้ถ่ายทอดนโยบายกระทรวงสาธารณสุข นโยบายจังหวัด รวมถึงนโยบายเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไทรน้อยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายลงสู่การปฏิบัติ

นอกจากนั้นภายในเล่มนี้ยังประกอบด้วย Template ตัวชี้วัด Ranking ประจำปีงบประมาณ 2567 จำนวน 62 ตัวชี้วัด ให้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานและรับการประเมินผลงานตามเกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัด Ranking พร้อมทั้งการกำหนดช่วงเวลาในการกำกับติดตามและประเมินผล ประจำปีงบประมาณ 2567

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไทรน้อย ขอขอบคุณคณะผู้บริหารงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีส่วนในการปรับปรุงและแก้ไขแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ 2567 ฉบับนี้ ให้มีความสมบูรณ์ และหวังว่าจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาด้านสาธารณสุข ต่อไป

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไทรน้อย

ธันวาคม 2566

## สารบัญ

	หน้า
นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขปี 2567 .....	1
นโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2567.....	4
นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีปี 2567 .....	7
ยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอน้ำยืน ปีงบประมาณ 2567 .....	11
แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลน้ำยืน ปี 2566-2568 .....	12
รายละเอียดตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2567 .....	13
PP&P Excellence .....	27
R 1 การป้องกันการตายมารดาไทยของหน่วยบริการ .....	28
R 1.1 ระดับความสำเร็จของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ .....	28
R 2 เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนากการสมวัย .....	30
R 2.1 ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ซึ่งน้ำหนักวัดความยาว/ส่วนสูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90) .....	30
R 2.2 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ66) .....	32
R 2.3 ร้อยละเด็กอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยการตรวจ Hct (ร้อยละ 100) .....	35
R 2.4 ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (ร้อยละ 95) .....	37
R 2.5 ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 85) .....	38
R 2.6 ระดับความสำเร็จ รพ.สต. /PCU มีการบันทึกข้อมูลเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัย ล่าช้าหลังได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น (PSPM ครั้งที่ 2) ด้วยรหัสแยกรายด้านเพื่อส่งต่อ เข้าระบบ TED4I (ความสำเร็จระดับ5) .....	40
R 3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน (ความสำเร็จระดับ 5) .....	43
R 4 ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนโครงการ โรงเรียนต้นแบบบูรณาการความร่วมมือ ครู หมอ พ่อแม่ /โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล .....	46
R 5 ระดับการขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ และคลินิกให้คำปรึกษา ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น .....	48
R 6 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง .....	50

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
R 7 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ .....	52
R 8 การคัดกรองภาวะเสี่ยงผู้สูงอายุ และการได้รับการดูแลรักษาอย่างไร้รอยต่อ .....	55
R 8.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ .....	55
R 8.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและ ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ .....	59
R 9 การดำเนินงานกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้า ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I) .....	62
R 10 ระดับความสำเร็จในการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี .....	64
R 11 ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยออริทิสติก ในเด็ก 2-5 ปี .....	67
R 12 ความสำเร็จของการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี .....	70
R 13 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน EOC .....	73
R 13.1 ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ ....	73
R 13.2 ร้อยละหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ควบคุมโรคการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation) .....	77
R 14 การดำเนินงานควบคุมโรค OVCCA.....	79
R 14.1 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ...	79
R 14.2 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี .....	82
R 14.3 ระดับความสำเร็จของอำเภอเมืองศรีนครพนมที่องถึนต้นแบบในการบริหารจัดการ สิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร .....	84
R 15 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเด็กอายุ ครบ 1 ปี .....	86
R 16 คุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (รง. 506) ตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 .....	89
R 17 ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด .....	92
R 18 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการจัดตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ภัยด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพ (Situation Awareness Team: SAT) และทีมปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team: RRT).....	94

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
R 19 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคแบบบูรณาการภายใต้กลไก ภาคีเครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร. ....	97
R 20 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร .....	100
R 21 ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน นโยบายเมืองสุขภาพดี Healthy City.....	102
R 22 การพัฒนาสถานบริการสุขภาพตามมาตรฐาน EMS : (Environment Modernized Smart Service) .....	104
R 22.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป).....	104
R 22.2 ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (ระดับมาตรฐานขึ้นไป).....	106-108
R 23 ระดับความสำเร็จของผลลัพธ์การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (ความสำเร็จระดับ 5) .....	92
R 24 ระดับความสำเร็จของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน (ความสำเร็จระดับ 5) .....	95
R 25 ระดับความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ความสำเร็จระดับ 5).....	98
R 25.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90) .....	98
R 25.2 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 90) .....	98
R 25.3 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90) .....	98
R 26.1 อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (น้อยกว่าร้อยละ 1) .....	104
R 26.2 อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (น้อยกว่าร้อยละ 1) .....	104
R 27.1 อัตราตายผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (น้อยกว่าร้อยละ 5) .....	108
R 27.2 อัตราตายผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (น้อยกว่าร้อยละ 5) .....	108

## สารบัญ (ต่อ)

หน้า

R 28 อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90) .....	113
R 29 ร้อยละการ admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน (ร้อยละ 100) .....	116
R 30 ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ร้อยละ 95) .....	118
R 31 ผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ (ความสำเร็จระดับ 5).....	120
R 32 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)(เพิ่มขึ้นร้อยละ 3) .....	126
R 33 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ (ความสำเร็จระดับ 5) .....	131
R 34 ความสำเร็จการพัฒนา Service plan (ความสำเร็จระดับ 5) .....	137
R 34.1 ระดับความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ (Pneumonia) (ความสำเร็จระดับ 5) .....	137
R 34.2 ระดับความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired (ความสำเร็จระดับ 5) .....	140
R 35 ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ30-60 ปี(ร้อยละ 80) .....	145
R 36 ร้อยละการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Fit Test) (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10)	147
R 37 ร้อยละการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตราซาวด์(ร้อยละ 100).....	149
R 38 ผลสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) (ความสำเร็จระดับ 5) .....	152
R 39 ผลสำเร็จของการดำเนินงานบำบัดและติดตามเยี่ยมผู้ติดยาเสพติด (ความสำเร็จระดับ 5)...	155
R 40 ผลสำเร็จของการดำเนินงาน To Be Number One ในระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5).....	158
R 41 ผลสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมเครื่องตีมแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ (ความสำเร็จระดับ 5) .....	162
R 42 ระดับความสำเร็จของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและ ติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (ความสำเร็จระดับ 5).....	165

## สารบัญ (ต่อ)

หน้า

R 43 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย (ความสำเร็จระดับ 5).....	170
R 44 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการทันตสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ (ความสำเร็จระดับ 5) .....	175
R 45 ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกทันตสุขภาพทางการแพทย์(ความสำเร็จระดับ 5) .....	180
R 45.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาทันตสุขภาพทางการแพทย์(ร้อยละ 5) .....	180
R 45.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาทันตสุขภาพทางการแพทย์ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5) .....	182
R 46 ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 35) .....	185
R 47 ผลความสำเร็จในการพัฒนา ECS เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลทุกระดับ (ความสำเร็จระดับ 5) .....	189
R 48 ผลสำเร็จในการพัฒนา ER คุณภาพของโรงพยาบาลทุกระดับ (ความสำเร็จระดับ 5) .....	192
R 49 ผลสำเร็จของการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (ความสำเร็จระดับ 5) .....	195
People Excellence .....	198
R 50 ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5) .....	199
R 51 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) หน่วยงานระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5) .....	202
R 52 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ (ระดับอำเภอ) (ความสำเร็จระดับ 5) .....	204
Governance Excellence .....	209
R 53 ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ความสำเร็จระดับ 5) .....	210



## สารบัญ (ต่อ)

หน้า

R 54 ระดับความสำเร็จการประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายใน หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีปีงบประมาณ 2566 (ความสำเร็จระดับ 5).....	213
R 55 ระดับความสำเร็จดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) หน่วยงาน ระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5) .....	216
R 56 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรอง กระบวนการคุณภาพ HA ขึ้นมาตรฐาน .....	220
(1) รพ.ระดับ A, S, M1 (ร้อยละ100) .....	220
(2) รพ.ระดับ M2, F1-3 (ร้อยละ 90) .....	220
R 57 ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./สสช. ในสังกัด สป.) ที่ติดตั้งและใช้งาน ระบบ Smart Refer (ร้อยละ 100) .....	223
R 58 ระดับความสำเร็จการจัดระบบ Tele-Medicine ในโรงพยาบาล (ความสำเร็จระดับ 5) ....	225
R 59 ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินไม่มีหน่วยบริการที่ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 4 -7 (ความสำเร็จระดับ 5) .....	227
R 60 ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบการนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์เข้า ระบบGFMIS ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2566 (ความสำเร็จระดับ 5).....	231
R 61 ระดับความสำเร็จการพัฒนาคูณภาพบัญชี(AC) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2566 (ความสำเร็จระดับ 5) .....	234
R 62 ระดับความสำเร็จของอำเภอมีการบริหารจัดการด้านแผนอย่างมีประสิทธิภาพ (ความสำเร็จระดับ 5) .....	237
R 63 ร้อยละการบริหารจัดการงบค่าเสื่อมปีงบประมาณ 2566 (ร้อยละ 100) .....	240
R 64 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด หน่วยงานระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5) .....	242
ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและพัฒนาเครือข่าย .....	248
R 65 ระดับความสำเร็จการดำเนินงานตามนโยบาย One Health (ความสำเร็จระดับ 5) .....	249

นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567





# นโยบาย

กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567

ยกระดับ 30 บาท  
เพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชน



1 โครงการพระราชดำริฯ/ เฉลิมพระเกียรติ/ ที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์

- โครงการเฉลิมพระเกียรติฯ 72 พรรษา
- โครงการราชวชิรเมธี
- โรงพยาบาลวังสระปทุม (รพ.รพท.)
- สุภาพราชสถาน

**2** **สว.กทม. 50 เขต 50 สว. และปริมณฑล**

- พัฒนารักษาผู้ป่วยนอก
- สว.ประชาชน, สว.รัฐไม่ทำกิน

**3** **สุขภาพจิต/ ยาเสพติด**

- รพ.โรคนิ่ว นิตินกาศทอง ที่จำกันได้
- บริการจิตแพทย์ ปรึกษาผ่าน Telemedicine
- ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดของจริง

**4** **มะเร็งครบวงจร**

- ผ่าตัด ศัลยกรรม รักษา ดูแล
- วัคซีนมะเร็งปากมดลูก
- เมลิโกลด์
- จัดทีม Cancer Warrior

**5** **สร้างขวัญและกำลังใจบุคลากร บุคลากร**

- ส่งเสริมสุขภาพในทีม
- บุคลากร ผู้ป่วย คุณา
- สร้างขวัญกำลังใจ
- ก.ส. ออกจาก กท.

**แก้ปัญหาคือ**

**6** **การแพทย์ปฐมภูมิ**

- มีคนขาย พกนบ ควบเครื่อง
- รับภาค มอชบชภาคใกล้บ้าน
- อนามัยโรงเรียน (ครู หมอ พ่อแม่)
- Smart Omb.
- การพบกันใกล้ คนในวัยทุกทุกคน

**7** **สาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เฉพาะ**

- สาบจังหวัดชายแดนภาคใต้
- พื้นที่ชายแดน
- กลุ่มประชากรเฉพาะ

**8** **สถานชิวาภิบาล**

- ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ตั้งแต่
- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward/ Hospital at Home)

**9** **พัฒนา swx. แม่ข่าย**

- พัฒนาศักยภาพ การตรวจวินิจฉัยและรักษา CT MRI
- ลดแออัด ลดรอคอย
- ระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ
- Mobile Stroke Unit

**วางรากฐาน**

**10** **ดิจิทัลสุขภาพ**

- ครอบคลุมในด้วย ปรึกษาได้ทุกที่
- ประวัติสุขภาพดิจิทัลออนไลน์
- sw. 3 มิติ
- Virtual Hospital
- e-Service

**11** **ส่งเสริมการมีบุตร**

- วางแผนชาติ "เพิ่มอัตราการเกิดอย่างคุณภาพ"
- ศึกษารองโรครักษาในครอบครัว

**12** **เศรษฐกิจสุขภาพ**

- Blue Zone สร้างต้นแบบพื้นที่อายุยืน
- ศูนย์กลางการแพทย์มูลค่าสูง
- นวัตกรรมสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- สร้างงาน สร้างอาชีพ

**13** **นักท่องเที่ยวปลอดภัย**

- ยกระดับความปลอดภัย
- ด้านอาหาร สถานที่ ผู้ให้บริการ
- ยกระดับระบบเฝ้าระวังโรค
- ครอบคลุมโรคที่ทันสมัย กักตวง
- พัฒนาศักยภาพหน่วยงาน สำหรับผู้เกี่ยวข้อง อย่างครอบคลุม

**สร้างเศรษฐกิจ**





# นโยบาย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567

10 นโยบายเน้นหนัก  
ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกโรค  
Quick Win 100 วัน

(ร่าง เสรียบเสนอต่อ ครม.)

- 

**1** โครงการพระราชดำริฯ/เฉลิมพระเกียรติฯ ที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์

  - โครงการราชทัณฑ์ในสุขภาพ
  - กรณีวัดราชบพิธสถิตมหาสีมาราม เขตสุทโธทวาร: 1 ตรีศิวาน
  - โรงพยาบาลอภัยภูเบศร-สัมพันธ์ (พรส./สพท.)
- 

**2** SW. กทม. 50 เขต 50 SW. และปริมณฑล

  - จัดตั้ง SW. 120 แห่ง ในเขตเมือง / อ.เมือง 9 แห่งใหม่
- 

**3** สุขภาพจิต/ยาเสพติด

  - จัดตั้งศูนย์จิตเวชชุมชน 1 แห่ง
  - ศูนย์ให้บริการผู้ป่วยจิตเวช: มาสซาด ทุรกันดาร
- 

**4** มะเร็งครบวงจร

  - ให้วัคซีน HPV ในหญิงอายุ 11 - 20 ปี 1 ล้านโดส
- 

**5** สร้างขวัญและกำลังใจบุคลากร

  - มี CareD+ Team ในศูนย์บริการฉุกเฉิน
  - บรรจุพนักงาน 3,000 ตำแหน่ง
  - กำหนดค่าตอบแทนพนักงานชำนาญการพิเศษ
  - สนับสนุนให้มีภาระงานให้สอดคล้องกับระดับตำแหน่ง
- 

**6** สถานชิวากิบาล

  - จัดตั้งสถานชิวากิบาล 1 แห่ง
- 

**7** บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่

  - บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ 4 เขตสุขภาพ
  - 200 SW อัจฉริยะ ทั่วประเทศ
- 

**8** ส่งเสริมการมีบุตร

  - บรรจุในวาระแห่งชาติที่บูรณาการร่วมกับทางอื่นที่เกี่ยวข้อง
- 

**9** เศรษฐกิจสุขภาพ

  - Blue Zone (RAN MODELS & CITY MODELS) (เมืองสุขภาพที่ดี) 5 เมือง คนอายุยืน
- 

**10** นวัตกรรมเพื่อปลอดภัย

  - One Region One Sky Doctor

V.7 28/09/2566



ผม และ ท่าน รมช. จะร่วมกันทำงาน  
ผลักดันนโยบายให้เป็นรูปธรรม  
สร้างความมั่นใจในระบบบริการสุขภาพ  
ให้กับประชาชน รวมถึงดูแลความเป็นอยู่  
ของบุคลากรให้มีความสุขในการทำงาน

นายแพทย์ชุลน่าน ศรีแก้ว  
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข  
วันที่ 15 ก.ย. 66



**การขับเคลื่อนนโยบาย  
และยุทธศาสตร์  
กระทรวงสาธารณสุข**

นพ. โอภาส การย์กวินพงศ์  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



**LE 85 YRs**  
**HALE 75 YRs**

- Quality
- Coverage
- Equality
- Equity

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

## ยุทธศาสตร์ ความเป็นเลิศ ปี 2567

ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (Promotion Prevention & Protection Excellence)

บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

บริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

### 4

Excellences
14
แผนงาน
35
โครงการ

#### 1

ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (Promotion Prevention & Protection Excellence)

แผนงานที่ 1 :  
การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ (ป้องกันสุขภาพ)

- 1) โครงการพัฒนาระบบงานเชิงรุกด้านสุขภาพชุมชน
- 2) โครงการพัฒนาระบบงานเชิงรุกด้านสุขภาพของประชากร

แผนงานที่ 2 :  
การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคภัย

- 1) โครงการพัฒนาระบบงานป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ (รพ.อ.)

แผนงานที่ 3 :  
การป้องกันควบคุมโรคและภัยพิบัติด้านสุขภาพ

- 1) โครงการพัฒนาระบบงานการเฝ้าระวังควบคุมโรคภัยไข้เจ็บ
- 2) โครงการควบคุมโรคภัยไข้เจ็บ
- 3) โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและอันตรายสุขภาพ

แผนงานที่ 4 :  
การคุ้มครองผู้บริโภคด้านความปลอดภัย

- 1) โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านความปลอดภัย

#### 2

ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ 5 :  
การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

- 1) โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2) โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

แผนงานที่ 6 :  
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Provider)

- 1) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาวิชาโรคหัวใจและหลอดเลือด
- 2) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาวิชาโรคไต
- 3) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาวิชาโรคกระดูกและข้อ
- 4) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาวิชาโรคหัวใจ
- 5) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาวิชาโรคไต
- 6) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาวิชาโรคหัวใจและหลอดเลือด
- 7) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาวิชาโรคหัวใจและหลอดเลือด
- 8) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาวิชาโรคหัวใจ
- 9) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาวิชาโรคหัวใจ
- 10) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาวิชาโรคหัวใจ
- 11) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาวิชาโรคหัวใจ
- 12) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาวิชาโรคหัวใจ
- 13) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาวิชาโรคหัวใจ
- 14) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาวิชาโรคหัวใจ
- 15) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาวิชาโรคหัวใจ

#### 2

ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ 7 :  
การพัฒนาระบบบริหารการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการแพทย์

- 1) โครงการพัฒนาระบบบริหารการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการแพทย์

แผนงานที่ 8 :  
การพัฒนาระบบบริหารการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการแพทย์

- 1) โครงการพัฒนาระบบบริหารการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการแพทย์

แผนงานที่ 9 :  
การพัฒนาระบบบริหารการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการแพทย์

- 1) โครงการพัฒนาระบบบริหารการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการแพทย์

#### 4

ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ 11 :  
การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลขององค์กรสุขภาพ

- 1) โครงการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลขององค์กรสุขภาพ
- 2) โครงการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลขององค์กรสุขภาพ

แผนงานที่ 12 :  
การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลขององค์กรสุขภาพ

- 1) โครงการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลขององค์กรสุขภาพ

แผนงานที่ 13 :  
การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลขององค์กรสุขภาพ

- 1) โครงการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลขององค์กรสุขภาพ
- 2) โครงการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลขององค์กรสุขภาพ

แผนงานที่ 14 :  
การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลขององค์กรสุขภาพ

- 1) โครงการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลขององค์กรสุขภาพ

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## PP&P Excellence

ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค  
และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

การบริหารจัดการ  
สิ่งแวดล้อม

การป้องกันควบคุมโรค และ  
ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

การพัฒนาคุณภาพชีวิต  
คนไทยทุกกลุ่มวัย  
(ด้านสุขภาพ)

การพัฒนาคุณภาพชีวิต  
ระดับอำเภอ

PIRAB >> Life Course Approach >> Health Literacy



## ความท้าทายสำคัญ

### PP&P Excellence

“การจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ”


- ลดปัจจัยเสี่ยง
- เพิ่มปัจจัยปกป้อง
- สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

# ททท

ทำ ทันทิ  
ทำ ต่อเนื่อง  
ทำ และพัฒนา

นายแพทย์โอกาส การย์กวินพงศ์  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2567



**3 ปี แห่งโอกาสพัฒนา  
สาธารณสุขอุบลราชธานี**

**นพ.ธีระพงษ์ แก้วอมร**  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

**ปี 2567 (ปีที่ 2)**

**วิสัยทัศน์ในการทำงาน**



ระบบบริการ  
สุขภาพ  
ได้มาตรฐาน



บริหารจัดการ  
อย่างโปร่งใส



ร่วมใจ  
ภาคีเครือข่าย



มุ่งหมาย  
สู่ภาวะ  
ประชาชน







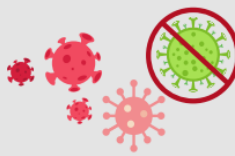
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## ระบบบริการสุขภาพได้มาตรฐาน

### ทำทันที

01 EOC

- อุกกภัย
- โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ
- PM 2.5



### ทำต่อเนื่อง

02 การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

- Home Ward
- Intermediate Care
- Continuous of Care



03 การพัฒนา สว.

- sw.Sub Node 6 แห่ง / SAP
- การขยายบริการ sw.สปส.-sw.พระศรี
- sw.4 พัน้อง
- EMS (Environment Modernize Smart Service)
- sw.กั้นตรสบ



### ทำและพัฒนา

04 Digital Health

- IT Security , HAIT
- HIE , Smart Refer
- 30 บาท รักษาทุกที่
- Tele Medicine
- Smart Hospital

05 วิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ



พ.ร.พ.พงษ์ แก้วกมล  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## บริหารจัดการอย่างโปร่งใส

### ทำทันที

01 พัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถ  
ด้านการเงินการคลัง

- EMR คุณภาพ เพิ่มอัตราครองเตียง
- การส่งต่อสมเหตุสมผล
- ลดรายจ่าย (RDU , RLU , การซื้อยา/วามย.รวม , ลดการสำรองเวชภัณฑ์คลัง)
- การควบคุมภายใน
- Total Performance Score : TPS



### ทำต่อเนื่อง

02 บุคลากร

- HRP พัฒนาศักยภาพทักษะรายบุคคล
- ให้สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร
- การสร้างความผูกพันต่อองค์กร
- สร้างสิ่งแวดล้อม/สวัสดิการให้เอื้ออำนวย เพื่อเป็นองค์กรแห่งความสุข
- อัตรากำลัง/ค่าตอบแทนเหมาะสม
- ความก้าวหน้าในสายงานอาชีพ
- Care D+ Team

03 SECA : smart energy and climate action

- ลดการใช้พลังงาน/ใช้พลังงานทางเลือก

### ทำและพัฒนา

04 One Health

05 การพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง



พ.ร.พ.พงษ์ แก้วกมล  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี





สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## ร่วมใจภาคีเครือข่าย

### ทำทันที

**01** **อนามัยโรงเรียน**  
• ครู หมอ พ่อแม่ 1 โรงเรียน 1 อำเภอ



**02** **สถานชีวภิบาล**

- Hospital at Home
- Long Term Care
- Palliative Care



### ทำต่อเนื่อง

**03** **ถ่ายโอน sw.สต.**  
• บูรณาการการทำงานร่วมกัน (คน งาน เงิน)

**04** **Health Literacy**



### ทำและพัฒนา

**05** **งานสาธารณสุขชายแดน**  
• ระบบส่งต่อระหว่างประเทศ  
• ความร่วมมือด้านวิชาการ  
• การควบคุมโรคระหว่างประเทศ

**06** **Safety Tourist**

- Food Safety
- ที่พักปลอดภัย
- ยกระดับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- การสื่อสารความเสี่ยง
- Sky Doctor



พ.ร.พีชญ์ แก้วเกษ  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## มุ่งหมายสุขภาวะประชาชน

### ทำทันที

**01** **Health Station**

**02** **สุขภาพจิต / ยาเสพติด**

- กลุ่มงานจิตเวช ทุกอำเภอ
- sw.มีนิจูรักษา อย่างน้อย 2 แห่ง

**03** **ส่งเสริมการมีบุตร**

- MMR



### ทำต่อเนื่อง

**04** **สุขภาวะผู้สูงอายุ**  
• ระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ  
• เว้นตา , ฟันเทียม/รากฟันเทียม  
• Blue Zone

**05** **พัฒนาการเด็ก**

- IQ103
- ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก
- มน 90 วัน 90 กล้อง
- มหัตถุสรย์ 2,500 วัน

**06** **มะเร็งครบวงจร**

- มะเร็งต้นและท่อน้ำดี
- มะเร็งปากมดลูก
- มะเร็งลำไส้ใหญ่
- มะเร็งช่องปาก



### ทำและพัฒนา

**07** **Healthy City**

**08** **DM Remission**



พ.ร.พีชญ์ แก้วเกษ  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี





**3 ปี แห่งโอกาสพัฒนา (ปีที่ 2)**  
**สาธารณสุขอุบลราชธานี 2567**

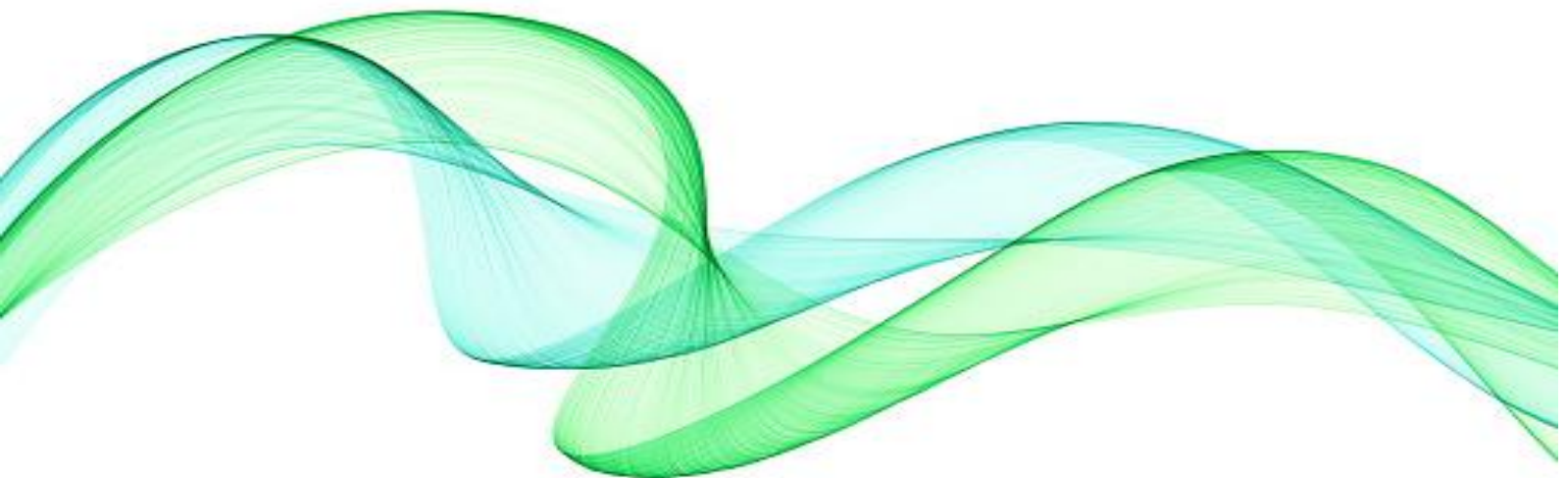
  
 นพ.ศิริพงษ์ แอ้ววน  
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

<p>1. EOC</p> <p>2. การพัฒนา รพ. </p> <p>3. การพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถด้านการเงินการคลัง </p> <p>4. บุคลากร </p> <p>5. SECA </p> <p>6. สุขภาพจิต/ ยาเสพติด </p> <p>7. มะเร็งครบวงจร </p> <p>8. DM Remission </p>	<p>9. การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง </p> <p>10. One Health </p> <p>11. อนามัยโรงเรียน </p> <p>12. สถานชีวาภิบาล </p> <p>13. การถ่ายโอน รพ.สต. </p> <p>14. Health Literacy </p> <p>15. Health Station </p> <p>16. ผู้สูงอายุ </p> <p>17. พัฒนาการเด็ก </p>	<p>18. Digital Health </p> <p>19. วิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ </p> <p>20. องค์กรสมรรถนะสูง </p> <p>21. Safety Tourist </p> <p>22. งานสาธารณสุขชายแดน </p> <p>23. ส่งเสริมการมีบุตร </p> <p>24. Healthy City </p>
<p>แก้ปัญหา</p>	<p>วางรากฐาน</p>	<p>สร้างเศรษฐกิจ</p>

ยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุข  
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอน้ำยืน ปีงบประมาณ 2567

ประเด็นยุทธศาสตร์(Strategic issue) สอดคล้องกับ 4 Excellence กระทรวงสาธารณสุข

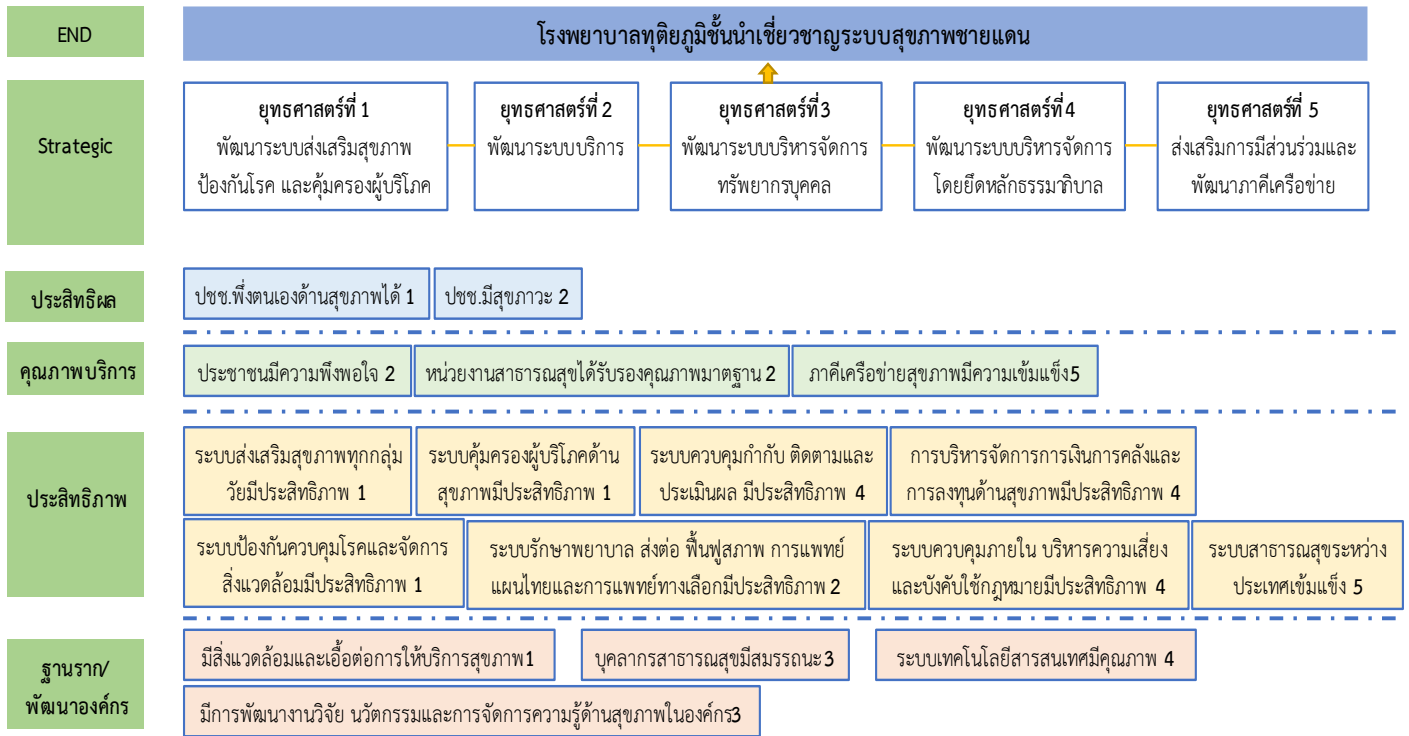
1. การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและงานคุ้มครองเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
2. การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
3. บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
4. บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)



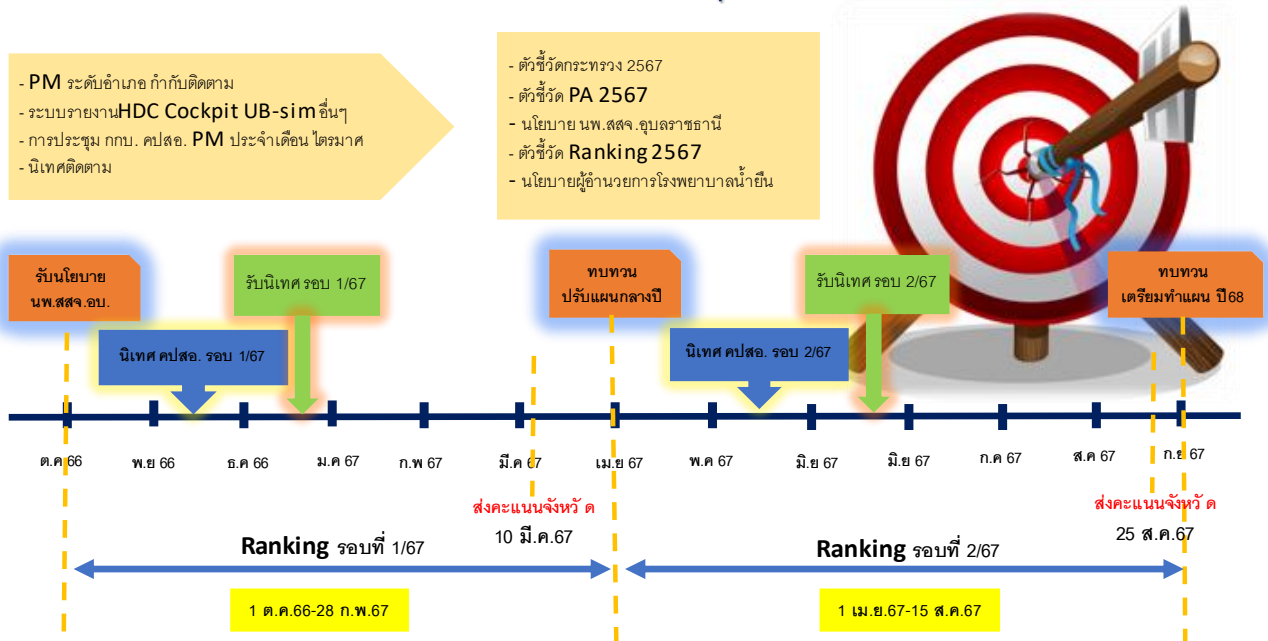
# แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลน้ำยิ้น ปี 2566-2568

## แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลน้ำยิ้น ปี 2566-2568

### วิสัยทัศน์“โรงพยาบาลทุติยภูมิชั้นนำเชี่ยวชาญระบบสุขภาพชายแดน ภายในปี 2568”

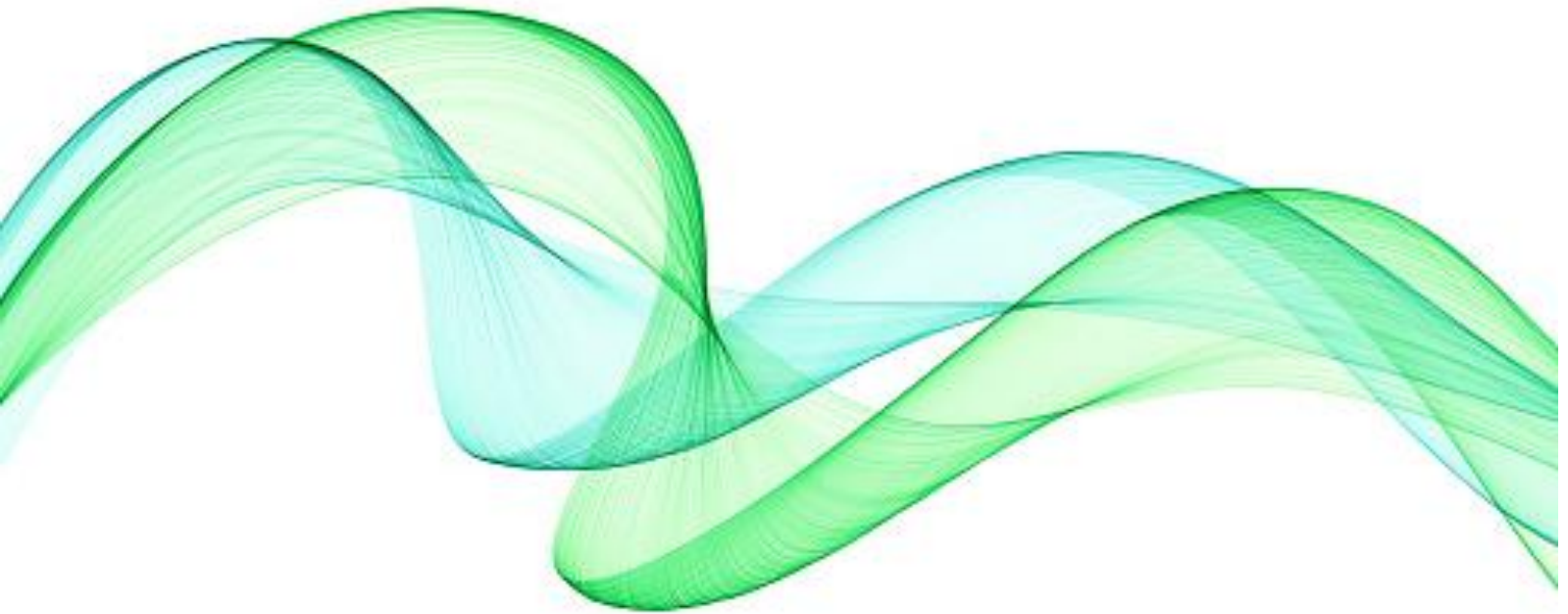


### การกำกับติดตามและประเมินผล เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ น้ำยิ้น ปีงบประมาณ 2567





รายละเอียดตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2567  
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไทรน้อย จังหวัดอุบลราชธานี



สรุปตัวชี้วัด Ranking ประจำปีงบประมาณ 2567

KPI Ranking		ชื่อตัวชี้วัดหลัก	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วงน.	กลุ่มงาน	PM รพ.	PM สสอ.
หลัก	ย่อย						
R 1		การป้องกันการตายมารดาไทยของหน่วยบริการ			การพยาบาล/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาว พิมพร ถาวร	นางสาว ภัชราพร วงษ์ขันธุ์
	R 1.1	1. ระดับความสำเร็จของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ	ความสำเร็จระดับ 5	1	การพยาบาล/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาว พิมพร ถาวร	นางสาว ภัชราพร วงษ์ขันธุ์
R 2		เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย		2	บริการปฐมภูมิและองค์กรรวม/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาว บัณฑิตา พัฒนี	นางสาว ภัชราพร วงษ์ขันธุ์
	R 2.1	1. ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ชั่งน้ำหนักวัดความยาว/ส่วนสูง	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	0.3	บริการปฐมภูมิและองค์กรรวม/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาว บัณฑิตา พัฒนี	นางสาว ภัชราพร วงษ์ขันธุ์
	R 2.2	2. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 66	0.3	บริการปฐมภูมิและองค์กรรวม/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาว บัณฑิตา พัฒนี	นางสาว ภัชราพร วงษ์ขันธุ์
	R 2.3	3. ร้อยละเด็กอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กโดยการตรวจ Hct	ร้อยละ 100	0.3	บริการปฐมภูมิและองค์กรรวม/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาว บัณฑิตา พัฒนี	นางสาว ภัชราพร วงษ์ขันธุ์
	R 2.4	4. ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ 95	0.3	บริการปฐมภูมิและองค์กรรวม/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาว บัณฑิตา พัฒนี	นางสาว ภัชราพร วงษ์ขันธุ์
	R 2.5	5. ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 85	0.4	บริการปฐมภูมิและองค์กรรวม/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาว บัณฑิตา พัฒนี	นางสาว ภัชราพร วงษ์ขันธุ์
	R 2.6	6. ระดับความสำเร็จ รพ.สต./PCU มีการบันทึกข้อมูล เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลังได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น (DSPM ครั้งที่ 2) ด้วยรหัสแยกรายด้าน เพื่อส่งต่อเข้าระบบ TED4I	ความสำเร็จระดับ 5	0.4	บริการปฐมภูมิและองค์กรรวม/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาว บัณฑิตา พัฒนี	นางสาว ภัชราพร วงษ์ขันธุ์

KPI Ranking		ชื่อตัวชี้วัดหลัก	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วงน.	กลุ่มงาน	PM รพ.	PM สตอ.
หลัก	ย่อย						
R 3		ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	บริการปฐมภูมิ และองค์กรรวม/ ส่งเสริม สุขภาพ	นางสาว บัณฑิตา พัฒน์	นางสาว ภัชราพร วงษ์จันทร์
R 4		ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนโครงการ โรงเรียนต้นแบบบูรณาการความร่วมมือ ครูหมอ พ่อแม่ /โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล	ความสำเร็จ ระดับ 5	2	บริการปฐมภูมิ และองค์กรรวม/ ส่งเสริม สุขภาพ	นางสาว บัณฑิตา พัฒน์	นางสาว ภัชราพร วงษ์จันทร์
R 5		ระดับการขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์และคลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	บริการปฐมภูมิ และองค์กรรวม/ ส่งเสริม สุขภาพ	นางสาว บัณฑิตา พัฒน์	นางสาว ภัชราพร วงษ์จันทร์
R 6		ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 96.75	2	การพยาบาล/ ส่งเสริม สุขภาพ	นางสนธยา พันธ์กิ่งทิพย์	นางสาว ภัชราพร วงษ์จันทร์
R 7		ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	การพยาบาล/ ส่งเสริม สุขภาพ	นางสนธยา พันธ์กิ่งทิพย์	นางสาว ภัชราพร วงษ์จันทร์
R 8		การคัดกรองภาวะเสี่ยงผู้สูงอายุและการได้การดูแลรักษาอย่างไร ร้อยต่อ			การพยาบาล/ ส่งเสริม สุขภาพ	นางสนธยา พันธ์กิ่งทิพย์	นางสาว ภัชราพร วงษ์จันทร์
	R 8.1	1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 50	1	การพยาบาล/ ส่งเสริม สุขภาพ	นางสนธยา พันธ์กิ่งทิพย์	นางสาว ภัชราพร วงษ์จันทร์
	R 8.2	2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 60	1	การพยาบาล/ ส่งเสริม สุขภาพ	นางสนธยา พันธ์กิ่งทิพย์	นางสาว ภัชราพร วงษ์จันทร์



KPI Ranking		ชื่อตัวชี้วัดหลัก	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วงน.	กลุ่มงาน	PM รพ.	PM สสอ.
หลัก	ย่อย						
R 9		การดำเนินงานกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้า ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I)	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	จิตเวชและ ยาเสพติด/ งานโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง	นางธัญพร เรืองธรรม	นางสาว ปาณิศรา ยานิพันธ์
R 10		ระดับความสำเร็จในการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	จิตเวชและ ยาเสพติด/ งานโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง	นางธัญพร เรืองธรรม	นางสาว ปาณิศรา ยานิพันธ์
R 11		ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยออทิสติก ในเด็ก 2-5 ปี	มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 52	1	จิตเวชและ ยาเสพติด/ งานโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง	นางธัญพร เรืองธรรม	นางสาว ปาณิศรา ยานิพันธ์
R 12		ผลสำเร็จของการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	จิตเวชและ ยาเสพติด/ งานโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง	นางจิรา ลักษณะ กลาง ถิ่น	นางสาว ประณี พงษ์กิ่ง
R 13		ประสิทธิภาพการดำเนินงาน EOC			บริการปฐม ภูมิและองค์ รวม/ ส่งเสริม สุขภาพ	นายอภิเดช สาระแสน	นางสาว ยุวดี ศรีรั้วตร
	R 13.1	1. ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	บริการปฐม ภูมิและองค์ รวม/ ส่งเสริม สุขภาพ	นายอภิเดช สาระแสน	นางสาว ยุวดี ศรีรั้วตร
	R 13.2	2. ร้อยละหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ควบคุมโรคการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation)	เกิดการระบาดซ้ำ (2 Generation) น้อยกว่าร้อยละ 10	1	บริการปฐม ภูมิและองค์ รวม/ ส่งเสริม สุขภาพ	นายอภิเดช สาระแสน	นางสาว ยุวดี ศรีรั้วตร

KPI Ranking		ชื่อตัวชี้วัดหลัก	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วงน.	กลุ่มงาน	PM รพ.	PM สสอ.
หลัก	ย่อย						
R 16		คุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (รง.506) (ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95	1	บริการปฐมภูมิและองค์รวม/ส่งเสริมสุขภาพ	นายอภิเดช สาระแสน	นางสาวยุวดี ศรีรวัตร
R 17		ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	ร้อยละ40	2	บริการปฐมภูมิและองค์รวม/ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาว บัณฑิตา พัฒนี	นางสาวยุวดี ศรีรวัตร
R 18		ระดับความสำเร็จของการดำเนินการจัดตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Situation Awareness Team: SAT) และทีมปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team: RRT)	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	เภสัชกรรม/สนับสนุนวิชาการและบริการ	นาง ดุษฎีภรณ์ ทาโคตร	นางสาว วาสนา ศรีพูล
R 19		ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคแบบบูรณาการภายใต้กลไกภาคีเครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร.	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	เภสัชกรรม/สนับสนุนวิชาการและบริการ	นาง ดุษฎีภรณ์ ทาโคตร	นางสาว วาสนา ศรีพูล
R 20		ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร	ความสำเร็จ ระดับ 5	2	เภสัชกรรม/สนับสนุนวิชาการและบริการ	นาง ดุษฎีภรณ์ ทาโคตร	นางสาว วาสนา ศรีพูล
R 21		ระดับความสำเร็จการดำเนินงานนโยบายเมืองสุขภาพดี Healthy City	ความสำเร็จ ระดับ 5	2	บริการปฐมภูมิและองค์รวม/ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาว บัณฑิตา พัฒนี	นางสาว ภัชราพร วงษ์จันทร์

KPI Ranking		ชื่อตัวชี้วัดหลัก	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วง นน.	กลุ่มงาน	PM รพ.	PM สสอ.
หลัก	ย่อย						
R 22		การพัฒนาสถานบริการสุขภาพตามมาตรฐาน EMS (Environment Modernized Smart Service)			บริการปฐมภูมิและองค์กรรวม/ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาวบัณฑิตาพัฒน์	นางสาวยุวดีศรีวัตร
	R 22.1	1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	ร้อยละ60	1	บริการปฐมภูมิและองค์กรรวม/ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาวบัณฑิตาพัฒน์	นางสาวยุวดีศรีวัตร
	R 22.2	2. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	ร้อยละ50	1	บริการปฐมภูมิและองค์กรรวม/ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาวบัณฑิตาพัฒน์	นางสาวยุวดีศรีวัตร
R 23		ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ	ความสำเร็จ ระดับ 5	2	บริการปฐมภูมิและองค์กรรวม/สนับสนุนวิชาการและบริการ	นางรัชณีทองเนตร	นางสาวปาณิสรายานิพันธ์
R 24		ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Health Station	ความสำเร็จ ระดับ 5	2	บริการปฐมภูมิและองค์กรรวม/สนับสนุนวิชาการและบริการ	นางรัชณีทองเนตร	นางสาวปาณิสรายานิพันธ์
R 25		ระดับความสำเร็จของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	บริการปฐมภูมิและองค์กรรวม/สนับสนุนวิชาการและบริการ	นางรัชณีทองเนตร	นางสาวปาณิสรายานิพันธ์
R 26		ระดับความสำเร็จในการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเวลาที่กำหนด	ความสำเร็จ ระดับ 5	2	การพยาบาล	นางจิราลักษณ์กลางถื่น	-

KPI Ranking		ชื่อตัวชี้วัดหลัก	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วง นน.	กลุ่มงาน	PM รพ.	PM สสอ.
หลัก	ย่อย						
R 34		ความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วย ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract)	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	การพยาบาล/ ส่งเสริมสุขภาพ	นาง ชนิษฐา ศรีชุม	นางสาว ประณี พงษ์กิ่ง
R 35		ระดับความสำเร็จในการ ดำเนินงานป้องกัน การฆ่าตัวตาย	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	สุขภาพจิตและยา เสพติด/สนับสนุน วิชาการและ บริการ	นางฉัญพร เรืองธรรม	นางสาว ปาณิศรา ยานิพันธ์
R 36		ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหาย ทุเลา (Remission)	≥ร้อยละ 55	1	สุขภาพจิตและยา เสพติด/สนับสนุน วิชาการและ บริการ	นางฉัญพร เรืองธรรม	นางสาว ปาณิศรา ยานิพันธ์
R 37		ความสำเร็จการบำบัดรักษาและ ติดตามเยี่ยมผู้ติดยาเสพติด	ความสำเร็จ ระดับ 5	2	สุขภาพจิตและยา เสพติด/สนับสนุน วิชาการและ บริการ	นางฉัญพร เรืองธรรม	นางสาว ปาณิศรา ยานิพันธ์
R 38		ผลสำเร็จของการดำเนินงาน อำเภอ TO BE NUMBER ONE ในระดับอำเภอ	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	สุขภาพจิตและยา เสพติด/สนับสนุน วิชาการและ บริการ	นางฉัญพร เรืองธรรม	นางสาว ปาณิศรา ยานิพันธ์
R 39		การดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	สุขภาพจิตและ ยาเสพติด/ สนับสนุนวิชาการ และบริการ	นางฉัญพร เรืองธรรม	นางสาว ปาณิศรา ยานิพันธ์
R 40		ระดับความสำเร็จของการจัดการ เรื่อง Care D+ Team	ความสำเร็จ ระดับ 5	2	การพยาบาล/ สนับสนุนวิชาการ และบริการ	นางผกาย ดาว พรหมสุรีย์	นางสาว ปาณิศรา ยานิพันธ์

KPI Ranking		ชื่อตัวชี้วัดหลัก	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วงน.	กลุ่มงาน	PM รพ.	PM สสอ.
หลัก	ย่อย						
R 41		ระดับความสำเร็จการควบคุมป้องกันรักษาโรคโควิดโรค	ความสำเร็จระดับ 5	2	การพยาบาล/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาวทิพย์ฤดี หมูนสิงห์	นางสาวยุวดี ศรีวัตร
	R 41.1	1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	≥ ร้อยละ90	0.3	การพยาบาล/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาวทิพย์ฤดี หมูนสิงห์	นางสาวยุวดี ศรีวัตร
	R 41.2	2. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	≥ ร้อยละ90	0.3	การพยาบาล/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาวทิพย์ฤดี หมูนสิงห์	นางสาวยุวดี ศรีวัตร
	R 41.3	3. อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	< ร้อยละ 1	0.2	การพยาบาล/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาวทิพย์ฤดี หมูนสิงห์	นางสาวยุวดี ศรีวัตร
	R 41.4	4. อัตราตายผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	< ร้อยละ 5	0.3	การพยาบาล/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาวทิพย์ฤดี หมูนสิงห์	นางสาวยุวดี ศรีวัตร
	R 41.5	5. อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก	≥ ร้อยละ90	0.3	การพยาบาล/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาวทิพย์ฤดี หมูนสิงห์	นางสาวยุวดี ศรีวัตร
	R 41.6	6. ร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ	≥ ร้อยละ90	0.3	การพยาบาล/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาวทิพย์ฤดี หมูนสิงห์	นางสาวยุวดี ศรีวัตร
	R 41.7	7. ร้อยละการ admitted ของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน	ร้อยละ 100	0.3	การพยาบาล/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาวทิพย์ฤดี หมูนสิงห์	นางสาวยุวดี ศรีวัตร
R 42		ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเอง และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	ร้อยละ 95	1	การพยาบาล/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางพัชรี ชินวงศ์	นางสาวยุวดี ศรีวัตร

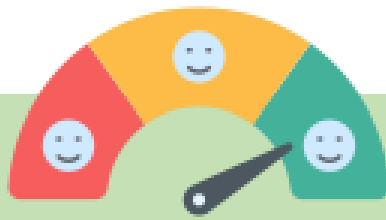
KPI Ranking		ชื่อตัวชี้วัดหลัก	คำเป้าหมาย	ค่าถ่วง นน.	กลุ่มงาน	PM รพ.	PM สสอ.
หลัก	ย่อย						
R 43		ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	ทันตกรรม/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาว ทศนวรรณ ชูศรี	นางสาว ภัชราพร วงศ์พันธ์
R 44		ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการทางทันตสาธารณสุข	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	ทันตกรรม/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาว ทศนวรรณ ชูศรี	นางสาว ภัชราพร วงศ์พันธ์
R 45		(ระดับความสำเร็จ) ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ระดับ ความสำเร็จ ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	1	แพทย์แผนไทย/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาว กมลวรรณ เลิศอุดม	นางสาว ประณี พงษ์กิ่ง
R 46		(ระดับความสำเร็จ) ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น	ระดับ ความสำเร็จ ระดับ 5 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 4)	1	แพทย์แผนไทย/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางสาว กมลวรรณ เลิศอุดม	นางสาว ประณี พงษ์กิ่ง
R 47		การพัฒนางาน RDU โรงพยาบาลและชุมชน			เภสัชกรรมและ คุ้มครองผู้บริโภค/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางกบปียะ ปานีวรรณ	นางสาว ประณี พงษ์กิ่ง
	R 47.1	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ ประหยัด สมเหตุผล และโปร่งใส	ระดับ ความสำเร็จ ระดับ 5	1	เภสัชกรรมและ คุ้มครองผู้บริโภค/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางกบปียะ ปานีวรรณ	นางสาว ประณี พงษ์กิ่ง
	R 47.2	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community)	ระดับ ความสำเร็จ ระดับ 5	1	เภสัชกรรมและ คุ้มครองผู้บริโภค/ ส่งเสริมสุขภาพ	นางกบปียะ ปานีวรรณ	นางสาว ประณี พงษ์กิ่ง
KPI Ranking		ชื่อตัวชี้วัดหลัก	คำเป้าหมาย		กลุ่มงาน	PM รพ.	PM สสอ.

หลัก	ย่อย			ค่าถ่วง นน.			
R 48		การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		1	การพยาบาล	นางจิราลักษณ์ กลางถิ่น	-
	R 48.1	1. ความสำเร็จการจัดบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	ความสำเร็จ ระดับ 5	0.5	การพยาบาล	นางจิราลักษณ์ กลางถิ่น	-
	R 48.2	2. ระดับความสำเร็จของการพัฒนา เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย วิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ทุกระดับ (ทั้งที่ ER และ Admit)	ความสำเร็จ ระดับ 5	0.5	การพยาบาล	นางจิราลักษณ์ กลางถิ่น	-
R 49		ระดับความสำเร็จของการ ดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มี คุณภาพและเป็นต้นแบบ	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	การพยาบาล/ สนับสนุน วิชาการและ การบริการ	นาง ผกายดาว พรหมสุรีย์	นางสาว ปณิตรา ยานิพันธ์
R 50		บุคลากร (หน่วยบริหาร/บริการ) ได้รับการพัฒนาศักยภาพสอดคล้อง กับนโยบาย และทิศทางขององค์กร	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	บริหารทั่วไป	นางสาว นวลจันทร์ บุญเจือ	นายบุญถือ พุ่มจันทร์
R 51		ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน หน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T	ความสำเร็จ ระดับ 5	2	บริหารทั่วไป	นางสาว นวลจันทร์ บุญเจือ	นายบุญถือ พุ่มจันทร์
R 52		ระดับความสำเร็จการประเมินการ ตรวจสอบและประเมินผลระบบ ควบคุมภายในหน่วยงานสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2567	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	บริหารทั่วไป	นางสาว นวลจันทร์ บุญเจือ	นายบุญถือ พุ่มจันทร์

KPI Ranking		ชื่อตัวชี้วัดหลัก	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วงน.	กลุ่มงาน	PM รพ.	PM สสอ.
หลัก	ย่อย						
R 53		ระดับความสำเร็จหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ปีงบประมาณ 2567	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	บริหารทั่วไป	นางสาว นวลจันทร์ บุญเจือ	นายบุญถือ พุ่มจันทร์
R 54		ระดับความสำเร็จการดำเนินงานตามนโยบาย One Health เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ปี2567	ความสำเร็จ ระดับ 5	2	ยุทธศาสตร์/ สนับสนุนวิชาการ และบริการ	นางสาว นุชจรินทร์ ศรีบุญ	นายวุฒิศักดิ์ ทองมนต์
R 55		ระดับความสำเร็จการดำเนินงานบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่	ความสำเร็จ ระดับ 5	2	งานประกัน สุขภาพ/สนับสนุน วิชาการและ บริการ	นางวิภาพร โพธิ์ไทร	นายวุฒิศักดิ์ ทองมนต์
R 56		ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน HAIT ของโรงพยาบาล ปี 2567	ความสำเร็จ ระดับ 5	2	สารสนเทศ	นายนรินทร์ จุลทัศน์	นายวุฒิศักดิ์ ทองมนต์
R 57		ระดับความสำเร็จการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะ Smart Hospital	ความสำเร็จ ระดับ 5	2	ยุทธศาสตร์	นางสาว นุชจรินทร์ ศรีบุญ	-
R 58		ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพบัญชี(AC) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2567	ความสำเร็จ ระดับ 5	2	บริหารทั่วไป	นางสาว นวลจันทร์ บุญเจือ	นางสาว ศิริลักษณ์ กนกหงษ์
R 59		ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 4-7	ความสำเร็จ ระดับ 5	2	บริหารทั่วไป	นางสาว นวลจันทร์ บุญเจือ	นายบุญถือ พุ่มจันทร์
R 60		ระดับความสำเร็จของอำเภอมีการบริหารจัดการด้านแผนอย่างมีประสิทธิภาพ ปี 2567	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	ยุทธศาสตร์/ สนับสนุนวิชาการ และบริการ	นางสาว นุชจรินทร์ ศรีบุญ	นายวุฒิศักดิ์ ทองมนต์



KPI Ranking		ชื่อตัวชี้วัดหลัก	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วงน.	กลุ่มงาน	PM รพ.	PM สสอ.
หลัก	ย่อย						
R 60		ระดับความสำเร็จของอำเภอมีการบริหารจัดการด้านแผนอย่างมีประสิทธิภาพ ปี 2567	ความสำเร็จ ระดับ 5	1	ยุทธศาสตร์/ สนับสนุน วิชาการและ บริการ	นางสาว นุชจรินทร์ ศรีบุญ	นาย วุฒิศักดิ์ ทองมนต์
R 61		ร้อยละการบริหารจัดการงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2567	ร้อยละ 100	1	ยุทธศาสตร์/ สนับสนุน วิชาการและ บริการ	ว่าที่ร้อย ตรีคณิต พันธุ์มัย	นางสาว วาสนา ศรีพูล
R 62		ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดหน่วยงานระดับอำเภอ	ความสำเร็จ ระดับ 5	2	การพยาบาล/ สนับสนุน วิชาการและ บริการ	นาง ผกายดาว พรหมสุรีย์	นางสาว ปาณิสรา ยานิพันธ์



# ยุทธศาสตร์ที่ 1

## PP&P Excellence Strategy

(ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)



ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence		
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย		
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย		
ตัวชี้วัดที่ R 1	การป้องกันการตายมารดาไทยของหน่วยบริการ		
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 1.1	ระดับความสำเร็จของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน		
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55)		
คำนิยาม	<p><b>หญิงตั้งครรภ์</b> หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขนั้น ๆ</p> <p><b>การฝากครรภ์คุณภาพ</b> หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์และคู่ได้รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้งที่มาใช้บริการฝากครรภ์อย่างครบถ้วน เน้นหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 โดยกำหนดกิจกรรมคุณภาพ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การบริการฝากครรภ์คุณภาพมาตรฐานตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ โดยเน้นส่งเสริมสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ต่อเนื่องตามเกณฑ์ฝากครรภ์ 8 ครั้ง</li> <li>2) หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละช่วงอายุครรภ์อย่างครบถ้วนรายละเอียดตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565</li> <li>3) จัดเครือข่ายบริการฝากครรภ์และมีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงครรภ์ในภาวะดังกล่าว</li> </ol>		
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เผื่อระวางสุขภาวะของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ ป้องกันการตายมารดาและทารกอย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>2. ยกระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาลทุกระดับให้เป็นไปตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัดและเทียบเท่ามาตรฐานระดับสากล</li> </ol>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงคลอดทุกรายในเขตรับผิดชอบ		

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนหญิงคลอดตาม B ที่ฝากครรภ์และ/หรือได้รับกิจกรรมบริการครบตามสิทธิประโยชน์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกลงในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม)
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบ สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอดทั้งหมด LABOR (BTYPE ไม่เท่ากับ 6) (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) **หญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบ หมายถึง หญิงไทยคลอดในเขตรับผิดชอบ และหญิงไทยคลอดที่มารับบริการ ประกอบด้วย 1) หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 2) หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการคลอด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หญิงตั้งครรภ์และคู่ที่รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้งเมื่อมารับบริการ ฝากครรภ์อย่างครบถ้วนตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 โดยต้องได้รับกิจกรรมบริการที่สำคัญอย่างน้อย 1 ครั้ง ตามเงื่อนไขการประเมิน ดังนี้
กิจกรรมบริการที่สำคัญ	วิธีการประเมินผล
1;ฝากครรภ์ก่อนหรือ 12 สัปดาห์	หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เมื่ออายุก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
2.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงครบทุกรายการ ดังนี้	อ้างอิงจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ดังนี้
2.1 CBC for Hct/Hb	แฟ้ม PRENATAL: DATE_HCT หรือ แฟ้ม LABFU: CBC (0620201,0620401) หรือ Hct (0621201) หรือ Hb (0621401, 0621402)
2.2 คัดกรองธาลัสซีเมีย ด้วยวิธี MCV และ/หรือ DCIP หรือ Hb typing	แฟ้ม PRENATAL: THALASSEMIA ที่มีผล 1,2,4
2.3 Anti-HIV	แฟ้ม PRENATAL: HIV_RESULT ที่มีผล 1,2,4, หรือ แฟ้ม LABFU: 0743299
2.4 ไวรัสตับอักเสบบี	แฟ้ม PRENATAL: HB_RESULT ที่มีผล 1,2,4, หรือ แฟ้ม LABFU: 0746299
2.5 คัดกรองโรคซิฟิลิส ด้วยวิธี VDRL หรือ TPHA	แฟ้ม PRENATAL: VDRL_RESULT ที่มีผล 1,2,4, หรือ แฟ้ม LABFU: VDRL (0721297) หรือ RPR (0721298) หรือ TPHA (0721299)

3.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขีดทำความสะอาดฟัน	เพิ่ม PROCEDURE_OPD: สุขภาพช่องปาก 2330011 หรือ 2330013 กรณีขีดทำความสะอาดฟัน 2387010, 2277310, 2287320 รหัสใดรหัสหนึ่ง หรือหลายรหัสก็ได้
4.อัลตราซาวด์ผ่านหน้าท้องหรือช่องคลอด	เพิ่ม PROCEDURE_OPD: 88.78 หรือ 5260701
5.การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ขณะตั้งครรภ์ ด้วยวิธี Quadruple test หรือ Non-invasive prenatal testing: NIPT หรือ -การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ด้วย วิธีการตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic Villus Sampling: CVS) หรือการเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ การเจาะเลือดสายสะดือทารกในครรภ์ (Cordocentesis)	เพิ่ม DIAGNOSIS_OPD : Z36.0 หรือ 36.2
6.การตรวจโลหิตเพื่อค้นหาเบาหวาน ด้วยวิธี Lab GCT หรือ Lab OGTT หรือ Lab FBS หรือ Lab DTX	เพิ่ม LABFU: 0531001 หรือ FBS (0531002, 0531004) หรือ DTX (0531101, 0531102) หรือ Lab GCT, Lab OGTT (Z13.1)
<b>วิธีการประเมินผล</b>	-เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน กับค่าเป้าหมาย
<b>ระยะเวลาการประเมินผล</b>	2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
<b>เอกสารสนับสนุน</b>	-สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดฝากครรภ์เล่มสีชมพู) -คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข -มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานบริการและเครือข่ายระดับจังหวัด
<b>เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:</b> รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์และคู่ที่ได้รับการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้งที่มาใช้บริการฝากครรภ์อย่างครบถ้วน	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 40
2 คะแนน	ร้อยละ 40-44
3 คะแนน	ร้อยละ 45-49

4 คะแนน	ร้อยละ 50-54
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 55
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1) นางสาวพิมพ์พร ถาวร งาน OR.LR 2) นางสาวภัชราพร วงษ์จันทร์ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลน่าน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองน่าน

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ R 2	เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย
ตัวชี้วัดย่อยที่ 2.1	ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ชั่งน้ำหนักวัดความยาว/ส่วนสูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.3 คะแนน
คำนิยาม	<p><b>เด็กอายุ 0 - 5 ปี</b> หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p><b>สูงดี</b> หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2563 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ <math>-1.5</math> SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p><b>สมส่วน</b> หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง <math>+1.5</math> SD ถึง <math>-1.5</math> SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง</p> <p><b>สูงดีสมส่วน</b> หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วนในคนเดียว</p> <p><b>ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี</b> หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กเพศชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p>
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี</li> <li>2. เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของเด็ก 0-5 ปี ให้สูงดีสมส่วน</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และบันทึกด้วยทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก 20.1 กิโลกรัมส่วนสูง 151.2 เซนติเมตร

	2) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน PCU ของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลน้ำหนักความยาว/ส่วนสูง ของเด็กจากหมู่บ้าน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โรงเรียนระดับอนุบาล และสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (คลินิกสุขภาพเด็กดี) ซึ่งไม่รวมการมารับบริการในกรณีเจ็บป่วย บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HOSXP PCU เป็นต้น เพื่อส่งออกแฟ้มข้อมูล Nutrition ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 3) โรงเรียนระดับอนุบาล 4) หมู่บ้าน (จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนเด็กอายุ 0-5ปี ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนประชากรเด็กอายุแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
<b>เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:</b> รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักน้อยกว่าร้อยละ 60
2 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 60-69
3 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 70-79
4 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 80-89
5 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDCจังหวัดอุบลราชธานี กับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด
เอกสารสนับสนุน	-แนวทางการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วันแรกของชีวิต -แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ -แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี -ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย -info graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง -Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง -ชุดความรู้กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน

	-สื่อโฆนาการ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-5 ปี ด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง (Augmented Reality : AR)				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data</b>					
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2563	2564	2565	2566
เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ ส่วนสูง	ร้อยละ	77.68	89.82	72.64	72.28
หมายเหตุ : ข้อมูล HDC ปี 2566 ประมวลผล ณ 23 พ.ย. 2566					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวบัณฑิตา พัฒนี กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม 2. นางสาวภัชราพร วงษ์จันทร์ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลราชธานี				
<b>ตัวชี้วัดย่อยที่ 2.2</b>	<b>ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 66)</b>				
<b>ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน</b>	<b>0.3 คะแนน</b>				
คำนิยาม	<p><b>เด็กปฐมวัย</b> หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p><b>สูงดีสมส่วน</b> หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนัก อยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)</p> <p><b>ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี</b> หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิง ที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>มีการขับเคลื่อนการส่งเสริมการเจริญเติบโตทางกายเด็กปฐมวัย</p> <p>1) เด็ก 0-5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ชั่ง นน. วัดส่วนสูง/ความยาว ทุกไตรมาส ร้อยละ 90</p> <p>2) เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 68</p>				
วัตถุประสงค์	<p>-ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีร่างกายเจริญเติบโต ตามช่วงวัย</p> <p>-พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ</p> <p>-ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโภชนาการเด็กปฐมวัย</p> <p>-เฝ้าระวังและติดตามภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยในพื้นที่</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 0-5 ปี ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม				
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				



รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีสูงตีสมส่วน
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละเด็กอายุ 0 - 5 ปีสูงตีสมส่วน = $(A1 / B1) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

**เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:**

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักน้อยกว่าร้อยละ60
2 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 60-69
3 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 70-79
4 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 80-89
5 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90

วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดอุบลราชธานี ประมวลผลทุกไตรมาส การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน
------------------	--

เอกสารสนับสนุน	-แนวทางการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันPlus สู่ 2,500 วันแรกของชีวิต -แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ -แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี -ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 3info graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง 3Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง -ชุดความรู้กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน -สื่อโภชนาการ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-5 ปี ด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง (Augmented Reality: AR)
----------------	--

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data**

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2563	2564	2565	2566
ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน	ร้อยละ	-	61.85	64.37	65.62

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวบัณฑิตา พัฒนี กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม 2. นางสาวภัชราพร วงษ์จันทร์ กลุ่มงานส่งเสริม
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวมโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานส่งเสริมสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลราชธานี
ตัวชี้วัดย่อยที่ 2.3	ร้อยละเด็กอายุ 6-12 เดือนได้รับการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยการตรวจ Hct (ร้อยละ 100)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.3 คะแนน
คำนิยาม	เด็กไทยอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเจาะเลือดตรวจ Hct/ CBC หมายถึง ข้อมูล ที่เชื่อมโยงระหว่างแฟ้ม LABFU และแฟ้ม PERSON โดยเป็นการตรวจหาค่าฮีมาโตคริต ในเลือด (Hematocrit, whole blood) หรือการตรวจความสมบูรณ์ของเลือด โดยการ นับแยกด้วยเครื่องอัตโนมัติในเลือด (Complete blood count with automated differential, whole blood) ในเด็กไทยอายุ 6-12 เดือน
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในเด็กอายุ 6-12 เดือน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กสัญชาติไทย ที่มีอายุ 6-12 เดือน ทุกสิทธิ์การรักษาพยาบาล ที่มารับบริการที่หน่วย บริการสาธารณสุขทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และ ส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม เด็กสัญชาติไทยอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเจาะเลือดตรวจ Hct/CBC จากแฟ้ม LABFU ที่สามารถเชื่อมโยงแฟ้ม PERSON ได้ และมีเงื่อนไข ดังนี้ -เลขบัตรประจำตัวประชาชน PERSON.CID ไม่ขึ้นต้นด้วยเลขศูนย์ และสามารถ ผ่านการตรวจสอบเลขบัตรประชาชนได้ถูกต้อง (ผ่าน MOD11) -มีสัญชาติไทย PERSON.NATION=99 -ยังมีชีวิตอยู่ PERSON.DISCHARGE=9 -ได้รับการเจาะเลือดตรวจ Hct/CBC ที่รหัส LABFU.LABTEST เป็น 0621201 หรือ 0620401 หรือ 0620201 หรือ 0621401 หรือ 062402 -อายุนับจากวันที่ได้รับการเจาะเลือดตรวจ Hct/CBC/Hb (LABFU.DATE_SERV) เทียบกับวันเดือนปีเกิด (PERSON.BIRTH) ต้องอยู่ในช่วง 6-12 เดือน -วันที่การได้รับการเจาะเลือดตรวจ Hct/CBC/Hb อยู่ในปีงบประมาณ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลใน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 6-12 เดือนที่ได้รับการเจาะ Hct/ CBC
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนเด็กอายุ 6-12 เดือนทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละเด็กอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก = $(A1 / B1) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
<b>เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:</b> รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 70
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 70-79
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 80-89
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 90-99
5 คะแนน	ร้อยละ 100
วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดอุบลราชธานี ประมวลผลทุกไตรมาส
เอกสารสนับสนุน	สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก , Platform Pinkbook <a href="https://healthplatform.anamai.moph.go.th/">https://healthplatform.anamai.moph.go.th/</a>
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวบัณฑิตา พัฒนี กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม 2. นางสาวภัชราพร วงษ์จันทร์ กลุ่มงานส่งเสริม
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลน้ำยืน กลุ่มงานส่งเสริมสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลราชธานี
<b>ตัวชี้วัดย่อยที่ 2.4</b>	<b>ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (ร้อยละ 95)</b>
<b>ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน</b>	<b>0.3 คะแนน</b>
คำนิยาม	- เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน - การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วัตถุประสงค์	1) ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2) พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการ ทุกระดับส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แพ้ม				
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัย				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ = $A/B \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)				
<b>เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:</b>					
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) ประมวลผล 28 กุมภาพันธ์ 2567					
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567) ประมวลผล 15 สิงหาคม 2567					
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน				
1 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักน้อยกว่าร้อยละ60				
2 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 60-69				
3 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 70-79				
4 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 80-89				
5 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90				
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC จังหวัดอุบลราชธานี กับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด				
เอกสารสนับสนุน	คู่มือ DSPM <a href="https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/2789#wow-book/">https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/2789#wow-book/</a>				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data</b>					
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2563	2564	2565	2566
เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ	N/A	89.13	88.31	83.68
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวบัณฑิตา พัฒนี กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม 2. นางสาวภัชราพร วงษ์จันทร์ กลุ่มงานส่งเสริม				

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานส่งเสริมสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลราชธานี
ตัวชี้วัดย่อยที่ 2.5	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 85)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.4 คะแนน
คำนิยาม	<p>- เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>- พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรอง ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)</p> <p><b>คำนิยามเพิ่มเติม</b></p> <p><b>การคัดกรองพัฒนาการ</b> หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p> <p><b>เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก (1B261) และการติดตามประเมินพัฒนาการ ครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242) ร่วมกับเด็กที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที (1B262)</p> <p><b>-พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก (1B261) เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการตามวัย แล้วติดตามกลับมาตรวจคัดกรองพัฒนาการ ครั้งที่ 2 ภายใน 30 วัน</p>
วัตถุประสงค์	<p>-ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย</p> <p>-พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ</p> <p>-ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แพ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย = $A/B \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
<b>เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:</b> รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 71
2 คะแนน	ร้อยละ 71 -75
3 คะแนน	ร้อยละ 76 -80
4 คะแนน	ร้อยละ 81 -85
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 86
วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดอุบลราชธานี ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน) การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน
เอกสารสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none"> <li>สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก , Platform Pinkbook <a href="https://healthplatform.anamai.moph.go.th/">https://healthplatform.anamai.moph.go.th/</a></li> <li>คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล <a href="https://bit.ly/3CkGHss">https://bit.ly/3CkGHss</a></li> <li>คู่มือ DSPM <a href="https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/2789#wow-book/">https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/2789#wow-book/</a></li> <li>คู่มือมิสนมแม่</li> <li>คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก</li> <li>คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ตำรับอาหารสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย <a href="https://bit.ly/3irbmMM">https://bit.ly/3irbmMM</a></li> <li>● หลักสูตรออนไลน์ วิธีใหม่ (New normal) <ul style="list-style-type: none"> <li>- การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย : ภาคทฤษฎี <a href="https://bit.ly/2Vje4eS">https://bit.ly/2Vje4eS</a></li> <li>- ผู้อำนวยการเล่น (PLAY WORKER) <a href="https://bit.ly/2VxLQBg">https://bit.ly/2VxLQBg</a></li> </ul> </li> <li>● - อาหารและโภชนาการสำหรับประชาชน <a href="https://bit.ly/3CkJou4">https://bit.ly/3CkJou4</a></li> </ul>
--	--

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data**

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2563	2564	2565	2566
เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	-	87.79	86.52	81.49

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นางสาวบัณฑิตา พัฒน์ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม</li> <li>2. นางสาวภัชราพร วงษ์จันทร์ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ</li> </ol>
--	--

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวมโรงพยาบาลน้ำเย็น</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลราชธานี</p>
------------------------------------	---

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2.6	ระดับความสำเร็จ รพ.สต. /PCU มีการบันทึกข้อมูลเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลังได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น (PSPM ครั้งที่ 2) ด้วยรหัสแยกทางด้านเพื่อส่งต่อเข้าระบบ TEDA4I (ความสำเร็จระดับ5)
----------------------	---

ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.4 คะแนน
---------------------	-----------

คำนิยาม	<p>เป้าหมายเด็กที่ต้องนำเข้าสู่ระบบกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าจาก DSPM หมายถึง เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือนที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองพบไม่ผ่านอย่างน้อย 1 ด้าน จากการตรวจคัดกรองพัฒนาการในครั้งที่ 2 (รหัส 1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242) เพื่อนำเข้าสู่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาล่าช้า (TEDA4I) ใน รพช./รพท.</li> <li>● เด็กที่มีพัฒนาการที่ต้องส่งต่อทันที ได้แก่ เด็กที่มีพัฒนาล่าช้า ความผิดปกติชัดเจน และ/หรือเด็กกลุ่มป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย</li> <li>● เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน TEDA4I จากพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาล่าช้า (TEDA4I) ( รหัส 1B271, 1B272, 1B273, 1B274 และ 1B275 )</li> </ul>
---------	---

วัตถุประสงค์	1.ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2.เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลังได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น (DSPM ครั้งที่ 2)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก  A2=จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการ ส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการตามวัย แล้วติดตามกลับมาตรวจคัดกรองพัฒนาการซ้ำ ภายใน 30 วัน
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
<b>เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:</b> รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
ขั้นที่ 1	มีคณะทำงานเด็กปฐมวัยระดับอำเภอและตำบล (PM)
ขั้นที่ 2	มีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานทุก 1 เดือน
ขั้นที่ 3	มีการบันทึกข้อมูลเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (DSPM ครั้งที่ 1) ในโปรแกรมพื้นฐานถูกต้อง และทันเวลา



ขั้นที่ 4	มีการบันทึกข้อมูล เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลังได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น (DSPM ครั้งที่ 2) ด้วยรหัสแยกรายด้าน เพื่อส่งต่อเข้าระบบ TEDA4I ทันที
ขั้นที่ 5	มีการนัดหมายและคืนข้อมูลเด็กที่ต้องกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I ทุกคนให้กับพื้นที่ เพื่อติดตามและนำเด็กเข้าสู่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาล่าช้า ใน รพช./รพท. ให้ทันเวลา

**การประเมินแบบ Milestone 5 ขั้นตอน**

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1
2 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1 + 2
3 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1 + 2 + 3
4 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4
5 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4 + 5

<b>วิธีการประเมินผล</b>	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดอุบลราชธานี ประมวลผลทุก ไตรมาส การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน
-------------------------	--

<b>เอกสารสนับสนุน</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก , Platform Pinkbook <a href="https://healthplatform.anamai.moph.go.th/">https://healthplatform.anamai.moph.go.th/</a></li> <li>คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล <a href="https://bit.ly/3CkGHss">https://bit.ly/3CkGHss</a></li> <li>คู่มือ DSPM <a href="https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/2789#wow-book/">https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/2789#wow-book/</a></li> <li>คู่มือมิสนมแม่</li> <li>คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ</li> <li>ตำรับอาหารสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย <a href="https://bit.ly/3irbmMM">https://bit.ly/3irbmMM</a></li> <li>หลักสูตรออนไลน์ วิธีใหม่ (New normal) <ul style="list-style-type: none"> <li>การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย : ภาคทฤษฎี <a href="https://bit.ly/2Vje4eS">https://bit.ly/2Vje4eS</a></li> <li>ผู้อำนวยการเล่น (PLAY WORKER) <a href="https://bit.ly/2VxlQBg">https://bit.ly/2VxlQBg</a></li> <li>อาหารและโภชนาการสำหรับประชาชน <a href="https://bit.ly/3CkJou4">https://bit.ly/3CkJou4</a></li> </ul> </li> </ol>
-----------------------	--

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data**

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2563	2564	2565	2566
เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลังได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น (DSPM ครั้งที่ 2)	ร้อยละ	-	28.01	24.96	23.05
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวบัณฑิตา พัฒนี กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม 2. นางสาวภัชราพร วงษ์จันทร์ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลราชธานี				
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence				
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย				
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ตัวชี้วัดที่ R 3	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน				
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน				
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5				
คำนิยาม	<p><b>เด็กอายุ 6-14 ปี</b> หมายถึง นักเรียนชั้น ป.1-ม.3 ในโรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และโรงเรียนมัธยมศึกษา</p> <p><b>กราฟการเจริญเติบโต</b> หมายถึง กราฟแสดงภาพอ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปีบริบูรณ์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2564 (จัดทำจากการจัดทำเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก 5-19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2563) โดยเริ่มใช้ในการประมวลผลในระบบฐานข้อมูล HDC ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 เป็นต้นไป</p> <p><b>สูงดีสมส่วน</b> หมายถึง ส่วนสูงอยู่ในระดับตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)</p> <p><b>สูงดี</b> หมายถึง ส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง สูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 S.D.</p> <p><b>สมส่วน</b> หมายถึง น้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง มีค่าระหว่าง -1.5 S.D. ถึง +1.5 S.D.</p> <p><b>ภาวะเตี้ย</b> หมายถึง มีส่วนสูงน้อยกว่ามาตรฐาน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D. ของกราฟส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p><b>ภาวะผอม</b> หมายถึง มีน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D. ของกราฟน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ</p>				

	<p><b>ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน</b> หมายถึง มีน้ำหนักมากกว่ามาตรฐาน มีค่ามากกว่า +2.5 S.D. ขึ้นไป ของกราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง</p>			
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>				
	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
<b>วัตถุประสงค์</b>	<p>1. เพื่อส่งเสริมและเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-14 ปี  2. เพื่อเสริมสร้างภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กนักเรียน</p>			
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	นักเรียนชั้น ป.1-ม.3			
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	<p>1) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และบันทึกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงด้วยเทคนิค <u>1 ตำแหน่ง</u> เช่น น้ำหนัก 45.7 กิโลกรัม ส่วนสูง 160.5 เซนติเมตร</p> <p>2) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน PCU ของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง ของสถานศึกษา/โรงเรียน บันทึกในโปรแกรมของสถานบริการทุกแห่ง เช่น JHCIS, HOSXP PCU เป็นต้น เพื่อส่งออกเพิ่มข้อมูล Nutrition ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 เพิ่ม</p> <p><u>หมายเหตุ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 คน หากมีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงเกิน 1 ครั้งต่อเทอม จะยึดค่าน้ำหนักและส่วนสูงครั้งสุดท้ายของเทอม</li> <li>- 1 คน หากมีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ทั้ง 2 เทอมจะนับให้เทอมละ 1 ครั้ง</li> </ul>			
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<p>-ระบบรายงาน HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>-ข้อมูลในแฟ้มงานโภชนาการ (เพิ่มข้อมูล Nutrition) (ไม่รวมเด็กป่วยที่มารับบริการ)</p>			
<b>รายการข้อมูล 1</b>	<p>A1 = จำนวนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะสูงดีสมส่วน</p> <p>A2 = จำนวนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะผอม</p> <p>A3 = จำนวนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน</p> <p>A4 = จำนวนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะเตี้ย</p>			
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B= จำนวนชั้น ป.1-ม.3 ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง			
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	<p>1) ร้อยละนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะสูงดีสมส่วน = <math>(A1/B) \times 100</math></p> <p>2) ร้อยละนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะผอม = <math>(A2/B) \times 100</math></p> <p>3) ร้อยละนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน = <math>(A3/B) \times 100</math></p> <p>4) ร้อยละนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะเตี้ย = <math>(A4/B) \times 100</math></p>			
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	<p>2 รอบ/ปี</p> <p><u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)</p> <p><u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)</p>			

### เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

ขั้นตอนที่	เกณฑ์ประเมิน
ขั้นที่ 1	มีการประเมินน้ำหนัก วัดส่วนสูง นักเรียนชั้น ป.1-ม.3 ตามรอบภาคเรียนกระทรวงศึกษาธิการ 2 รอบต่อปี และ ผลการประเมินตามรอบนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะสูงตีสมส่วน น้อยกว่าร้อยละ 40
ขั้นที่ 2	มีการประเมินน้ำหนัก วัดส่วนสูง นักเรียนชั้น ป.1-ม.3 ตามรอบภาคเรียนกระทรวงศึกษาธิการ 2 รอบต่อปี และ ผลการประเมินตามรอบนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะสูงตีสมส่วน น้อยกว่าร้อยละ 45
ขั้นที่ 3	มีการประเมินน้ำหนัก วัดส่วนสูง นักเรียนชั้น ป.1-ม.3 ตามรอบภาคเรียนกระทรวงศึกษาธิการ 2 รอบต่อปี และ ผลการประเมินตามรอบนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะสูงตีสมส่วน น้อยกว่าร้อยละ 50
ขั้นที่ 4	มีการประเมินน้ำหนัก วัดส่วนสูง นักเรียนชั้น ป.1-ม.3 ตามรอบภาคเรียนกระทรวงศึกษาธิการ 2 รอบต่อปี และ ผลการประเมินตามรอบนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะสูงตีสมส่วน น้อยกว่าร้อยละ 55
ขั้นที่ 5	มีการประเมินน้ำหนัก วัดส่วนสูง นักเรียนชั้น ป.1-ม.3 ตามรอบภาคเรียนกระทรวงศึกษาธิการ 2 รอบต่อปี และ ผลการประเมินตามรอบนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะสูงตีสมส่วน น้อยกว่าร้อยละ 59

### การประเมินแบบ Milestone 5 ขั้นตอน

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1
2 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1 + 2
3 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1 + 2 + 3
4 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4
5 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4 + 5

วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC จังหวัดอุบลราชธานี กับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ชุดความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม (NuPETHS) สื่อ NuPETHS animation</li> <li>2.คู่มือการเสริมสร้างเด็กวัยเรียนสูงตีสมส่วนตามแนวคิด Active Learning</li> <li>3.คู่มือการใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี ปี 2564</li> <li>4.แผ่นพับการประเมินการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี ปี 2564</li> </ol> แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
เด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	N/A	59.59	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวบัณฑิตา พัฒนี กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม 2. นางสาวภัชราพร วงษ์จันทร์ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลราชธานี			

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ R 4	ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนโครงการ โรงเรียนต้นแบบบูรณาการความร่วมมือ ครู หมอ พ่อแม่ /โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>โรงเรียนต้นแบบบูรณาการความร่วมมือ ครู หมอ พ่อแม่ หมายถึง การยกระดับการพัฒนากิจการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และยกระดับการดูแลสุขภาพเด็กที่มีปัญหา 4 กลุ่มโรคประกอบด้วย เด็กกลุ่มเสี่ยงสติปัญญาบกพร่อง (Intellectual Disabilities), เด็กที่มีภาวะการเรียนรู้ช้า (Learning Disability: LD), เด็กกลุ่มสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) และ เด็กที่มีอาการออทิซึม (Autistic spectrum disorder)</p> <p>โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล หมายถึง โรงเรียนที่มีการพัฒนากิจการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและยกระดับการดูแลสุขภาพเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเทียบเคียงมาตรฐานระดับสากล ควบคู่ไปกับการศึกษา ภายใต้การมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p>

เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
<b>วัตถุประสงค์</b>	-เพื่อส่งเสริมให้มีโรงเรียนต้นแบบบูรณาการความร่วมมือ ครู หมอ พ่อแม่ อำเภอละ 1 แห่ง -ส่งเสริมให้เด็กนักเรียนได้รับการคัดกรองปัญหา 4 กลุ่มโรคเพิ่มขึ้น -เพื่อส่งเสริมให้มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล 1 โรงเรียน 1 อำเภอ -เพื่อส่งเสริมให้เด็ก 4 กลุ่มโรค ได้รับการช่วยเหลือ		
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงเรียนนำร่อง 1 แห่ง/อำเภอ รวมจำนวน 25 แห่ง		
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	ระบบการรายงานผลการดำเนินงานโดยผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ		
<b>แหล่งข้อมูล</b>	โรงเรียนนำร่อง/ สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน		
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A= จำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนต้นแบบบูรณาการความร่วมมือ ครู หมอ พ่อแม่ /โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล (ผ่านการประเมินผลจากจังหวัด)		
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B= จำนวนโรงเรียนนำร่องในโรงเรียนต้นแบบบูรณาการความร่วมมือ ครู หมอ พ่อแม่ / โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล		
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$A/B \times 100$		
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ประเมินผล 2 รอบ/ปี <u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) <u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)		
<b>วิธีการประเมินผล</b>	1) ใช้ข้อมูลจากระบบการรายงานผลการดำเนินงานผ่านผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ 2) ประเมินติดตามรับฟังความก้าวหน้าการดำเนินงาน 3) รายงานการประชุมถอดบทเรียน		

### เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

ลำดับชั้น	เกณฑ์ประเมิน
ชั้นที่ 1	1) กำหนดเป็นประเด็นพัฒนาของ พขอ. 2) มีการเข้าพื้นที่นำร่องโครงการครู หมอ พ่อแม่ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล
ชั้นที่ 2	มีการจัดกิจกรรมสร้างความพร้อมของ 3 กลุ่มที่เป็นกลไกสำคัญ ได้แก่ ครู หมอ พ่อแม่
ชั้นที่ 3	1) มีกระบวนการ Health coacher ให้คำปรึกษาผ่านกลุ่มไลน์ 2) มีการขยายเครือข่ายจิตอาสาในกลุ่มผู้ปกครอง / อสม.เชี่ยวชาญ
ชั้นที่ 4	เด็กที่มีปัญหาการเรียน 4 กลุ่มโรคทุกราย ได้รับการช่วยเหลือ
ชั้นที่ 5	1) เด็ก ป. 1 – ม. 3 สูงดีสมส่วน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 59 2) โรงเรียนผ่านเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล

### การประเมินผล Ranking ปี 2567

คะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	ผ่านชั้นที่ 1
2 คะแนน	ผ่านชั้นที่ 1 + 2
3 คะแนน	ผ่านชั้นที่ 1 + 2 + 3
4 คะแนน	ผ่านชั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4
5 คะแนน	ผ่านชั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4 + 5

เอกสารสนับสนุน	-คู่มือแนวทางการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล -แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบบูรณาการความร่วมมือ ครู หมอ พ่อแม่
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวบัณฑิตา พัฒนี กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม 2. นางสาวภัชราพร วงษ์จันทร์ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลน้ำยืน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลราชธานี

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ R 5	ระดับการขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ และคลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	อำเภออนามัยเจริญพันธุ์ หมายถึง อำเภออนามัยเจริญพันธุ์ที่มีผลการดำเนินงานและประเมินตนเองทั้ง 6 องค์ประกอบ คลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น หมายถึง คลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นที่มีผลการดำเนินงานและประเมินตนเองทั้ง 5 องค์ประกอบ
เกณฑ์เป้าหมายปี 2567 อำเภออนามัยเจริญพันธุ์และคลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นมีผลการดำเนินงาน และประเมินตนเองทุกอำเภอ	
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) โรงพยาบาลทุกแห่ง (คลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น) 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ (อำเภออนามัยเจริญพันธุ์)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Amphoe online และ YFSH Application กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎรกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย 2. ฐานข้อมูล Amphoe online และ YFSH Application สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์ ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ส่งผลการประเมินตนเอง Amphoe online และ YFSH Application จากโปรแกรม สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละอำเภอที่ส่งผลการประเมินตนเองจากโปรแกรม Amphoe online และ YFSH Application = $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)



	รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b>	
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)	
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)	
ขั้นตอนที่	เกณฑ์ประเมิน
ขั้นที่ 1	1) มีผลการประเมินตนเองผ่าน Amphor online องค์กรประกอบที่ 1 และ 2 หรือมีผลการประเมินตนเองผ่าน YFSH Application องค์กรประกอบที่ 1 และ 2
ขั้นที่ 2	1) มีผลการประเมินตนเองผ่าน Amphor online องค์กรประกอบที่ 3 หรือมีผลการประเมินตนเองผ่าน YFSH Application องค์กรประกอบที่ 3
ขั้นที่ 3	1) มีผลการประเมินตนเองผ่าน Amphor online องค์กรประกอบที่ 4 หรือมีผลการประเมินตนเองผ่าน YFSH Application องค์กรประกอบที่ 4
ขั้นที่ 4	1) มีผลการประเมินตนเองผ่าน Amphor online องค์กรประกอบที่ 5 และ 6 หรือมีผลการประเมินตนเองผ่าน YFSH Application องค์กรประกอบที่ 5
ขั้นที่ 5	* มีผลการประเมินตนเองผ่าน Amphor online และ/หรือ มีผลการประเมินตนเองผ่าน YFSH Application และผ่านทุกองค์กรประกอบ
<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b>	
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน
1 คะแนน	ผ่านขั้นที่ 1
2 คะแนน	ผ่านขั้นที่ 1 + 2
3 คะแนน	ผ่านขั้นที่ 1 + 2 + 3
4 คะแนน	ผ่านขั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4
5 คะแนน	ผ่านขั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4 5
<b>วิธีการประเมินผล</b>	ประเมินตามเกณฑ์ 5 ข้อ (ข้อละ 1 คะแนน) คะแนนเต็ม 5 คะแนน เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล Amphor online และ YFSH Application จังหวัดอุบลราชธานีกับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดสำนักอนามัยเจริญพันธุ์
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	1. พระราชบัญญัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 2. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) และส่งเสริมเครือข่ายการดำเนินงานระดับพื้นที่ด้วยการส่งเสริมกลไกอำเภอนามัยการเจริญพันธุ์

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวบัณฑิตา พัฒนี กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม 2. นางสาวภัชราพร วงษ์จันทร์ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวมโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลราชธานี

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence		
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย		
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย		
ตัวชี้วัดที่ R 6	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน		
ค่าเป้าหมายปี 2567	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 96.75		
คำนิยาม	<p><b>ผู้สูงอายุ</b> หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง</p> <p><b>การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)</b> หมายถึง การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้</p> <p><b>ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1</b> ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป</p> <p><b>ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2</b> ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน</p> <p><b>ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3</b> ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน</p> <p><b>ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง</b> หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม)</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
≥ร้อยละ 96.75	≥ร้อยละ 97.0	≥ร้อยละ 97.25	≥ร้อยละ 97.5

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตประจำวันตามศักยภาพได้อย่างมีคุณภาพ</li> <li>2. เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่จากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น</li> <li>3. เพื่อประเมินผลกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และชะลอความเสื่อมผู้สูงอายุ</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พื้นที่ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)</li> <li>2. พื้นที่บันทึกข้อมูลและรายงานผลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข/แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application)</li> </ol>
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>2. แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application)</li> </ol>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ADL
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
วิธีการประเมินผล :	รายงานผลการดำเนินงานในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข
<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b> รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละน้อยกว่า 90
2 คะแนน	ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 90-91.99
3 คะแนน	ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 92-93.99
4 คะแนน	ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 94.0-96.74
5 คะแนน	ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 96.75
วิธีการประเมินผล :	รายงานผลการดำเนินงานในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
*ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	ร้อยละ	92.09	92.68	92.57
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสุนทร วิลาวัลย์ 2. นางสาวภัชราพร วงษ์จันทร์	งาน OPD กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองน้ำเย็น			

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ R 7	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด</p> <p>จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (A-F3) กำหนดแนวทาง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ</li> <li>1.2 มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ</li> <li>1.3 มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย</li> <li>1.4 มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล</li> </ol> <p>เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบ่งเป็น 3 ระดับ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 โรงพยาบาลระดับ S – A</li> <li>3.2 โรงพยาบาลระดับ M1 - M2</li> <li>3.3 โรงพยาบาลระดับ F1 - F3</li> </ol> <p>มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม (Structure) <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีป้ายคลินิกและสถานที่จัดบริการชัดเจน</li> <li>- สถานที่เอื้อและอำนวยความสะดวก เช่น ห้องน้ำ ทางลาด</li> <li>- มีพื้นที่ห้องตรวจกว้าง เพียงพอสำหรับผู้ที่นั่งรถเข็นได้</li> </ul> </li> </ol>

- 4.2 ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก (Staff) คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในคลินิก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ, สหสาขาวิชาชีพอย่างน้อย 2 สาขาขึ้นไป (Multi-Disciplinary Team), บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
- 4.3 ด้านรูปแบบและการจัดบริการ (Service) คือ การตรวจสุขภาพประจำปี, การให้บริการวัคซีนประจำปี, การบริการให้คำปรึกษาสุขภาพ, การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน, การวางแผนการดูแล, มีระบบข้อมูล, รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ, การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล และการรับ-ส่งต่อ
- 4.4 ด้านการบริหารจัดการคลินิก (Service Management) คือ มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ, การพัฒนานวัตกรรมบริการ/การจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ, มีการวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีการพัฒนาเครือข่ายการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ

**ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ** หมายถึง คุณภาพการบริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1. การตรวจสุขภาพประจำปี
2. การบริการให้วัคซีนประจำปี
3. การบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ (counselling/Health promotion, prevention and rehabilitation หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง)
4. การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน (Comprehensive Geriatric Assessment) โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ
5. การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง
  - 5.1 โดยแพทย์และทีม
  - 5.2 โดยทีมสหวิชาชีพ
6. มีระบบข้อมูล
  - 6.1 มีระบบข้อมูลผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุ
  - 6.2 มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการส่งปรึกษาภายในโรงพยาบาลและส่งต่อนอกโรงพยาบาล
7. รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การเยี่ยมบ้าน Tele-consultation หรือ Tele-medicine เป็นต้น
8. การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล
9. การรับ-ส่งต่อ
  - 9.1 ระหว่างโรงพยาบาล (Refer system)
  - 9.2 การส่งกลับชุมชน (COC, Home visit)

	<p><b>ประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes)</b> หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p> <p><b>การดูแลรักษา</b> หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p>
<p><b>เกณฑ์เป้าหมายปี 2567</b></p> <p>โรงพยาบาลทุกแห่งจัดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes)</p>	
<b>วัตถุประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติด้านกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมในคลินิกผู้สูงอายุ</li> <li>2. ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ</li> </ol>
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวมประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ
<b>แหล่งข้อมูล</b>	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website <a href="http://agingthai.dms.moph.go.th">http://agingthai.dms.moph.go.th</a> )
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนโรงพยาบาลทุกระดับ
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	<p><u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)</p> <p><u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)</p>

### เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	1) มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ ครบ 4 องค์ประกอบ
2 คะแนน	1) มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ ครบ 4 องค์ประกอบ 2) ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ
3 คะแนน	1) มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ ครบ 4 องค์ประกอบ 2) ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ 3) ประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes)
4 คะแนน	1) มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ ครบ 4 องค์ประกอบ 2) ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ 3) ประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) 4) การดูแลรักษา
5 คะแนน	1) มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ ครบ 4 องค์ประกอบ 2) ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ 3) ประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) 4) การดูแลรักษา 5) จัดกิจกรรมสรุปผลการดำเนินงาน

### การประเมินแบบ Mile stone

คะแนน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1 คะแนน	/				
2 คะแนน	/	/			
3 คะแนน	/	/	/		
4 คะแนน	/	/	/	/	
5 คะแนน	/	/	/	/	/

### วิธีการประเมินผล

1. ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
2. เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ระดับของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	ร้อยละ	-	-	100
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสุนทร วิลาวัลย์ 2.นางสาวภัชราพร วงษ์จันทร์	งาน OPD กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำเย็น			

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ R 8	การคัดกรองภาวะเสี่ยงผู้สูงอายุ และการได้รับการดูแลรักษาอย่างไร้รอยต่อ
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 8.1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด</li> <li>2. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (A-F3) กำหนดแนวทาง ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ</li> <li>2.2 มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ</li> <li>2.3 มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย</li> <li>2.4 มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล</li> </ol> </li> <li>3.เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบ่งเป็น 3 ระดับ <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 โรงพยาบาลระดับ S – A</li> <li>3.2 โรงพยาบาลระดับ M1 - M2</li> <li>3.3 โรงพยาบาลระดับ F1 - F3</li> </ol> </li> <li>4. มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม (Structure) <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีป้ายคลินิกและสถานที่จัดบริการชัดเจน</li> <li>- สถานที่เอื้อและอำนวยความสะดวก เช่น ห้องน้ำ ทางลาด</li> <li>- มีพื้นที่ห้องตรวจกว้าง เพียงพอสำหรับผู้ที่นั่งรถเข็นได้</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>



	<p>4.2 ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก (Staff) คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในคลินิก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ, สหสาขาวิชาชีพอย่างน้อย 2 สาขาขึ้นไป (Multi-disciplinary Team), บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ</p> <p>4.3 ด้านรูปแบบและการจัดบริการ (Service) คือ การตรวจสุขภาพประจำปี, การให้บริการวัคซีนประจำปี, การบริการให้คำปรึกษาสุขภาพ, การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน, การวางแผนการดูแล, มีระบบข้อมูล, รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ, การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล และการรับ-ส่งต่อ</p> <p>4.4 ด้านการบริหารจัดการคลินิก (Service Management) คือ มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ, การพัฒนานวัตกรรมบริการ/การจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ, มีการวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีการพัฒนาเครือข่ายการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ</p> <p><b>5.ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ</b> หมายถึง คุณภาพการบริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย</p>
--	---

<p><b>คำนิยามผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ</b> ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การตรวจสุขภาพประจำปี</li> <li>2. การบริการให้วัคซีนประจำปี</li> <li>3. การบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ (Counseling/Health promotion –prevention and rehabilitation หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง)</li> <li>4.การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน (Comprehensive Geriatric Assessment) ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและกลุ่มอาการสูงอายุ โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ</li> <li>5.การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ</li> <li>6.มีระบบข้อมูล <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1 มีระบบข้อมูลผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุ</li> <li>6.2 มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการส่งปรึกษาภายในโรงพยาบาลและส่งต่อนอกโรงพยาบาล</li> </ol> </li> <li>7.รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ เช่นการเยี่ยมบ้าน Tele-consultation หรือ Tele-Medicine</li> <li>8.การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล</li> <li>9.การรับส่งต่อ <ol style="list-style-type: none"> <li>9.1 ระหว่างโรงพยาบาล (Refer system)</li> <li>9.2 การส่งกลับชุมชน (COC Home visit)</li> </ol> </li> </ol> <p>6. กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p>	
--	--

7. การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแล ต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

**เกณฑ์เป้าหมาย**

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80

**วัตถุประสงค์**

- 1) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติด้านกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมในคลินิกผู้สูงอายุ
- 2) ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

**วิธีการจัดเก็บข้อมูล**

- 1) คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
- 2) สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็น รายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และเขตสุขภาพ

**แหล่งข้อมูล** Website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website <http://agingthai.dms.moph.go.th>)

**รายการข้อมูล 1** A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่ตรวจในคลินิกและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

**รายการข้อมูล 2** B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองในคลินิกและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

**สูตรคำนวณตัวชี้วัด**  $(A/B) \times 100$

**ระยะเวลาประเมินผล**  
 รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)  
 รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

**Small Success ปี 2567**

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
-การจัดทำคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ -การจัดทำระบบรายงานผลการประเมินผ่าน website	-โรงพยาบาลเป้าหมาย ทำการรายงานผล รอบที่ 1 โดยผ่าน website คลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ	-โรงพยาบาลเป้าหมาย ทำการรายงานผล รอบที่ 2 โดยผ่าน website คลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ	-โรงพยาบาลเป้าหมาย ทำการรายงานผล รอบที่ 3 โดยผ่าน website คลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบัน เวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ

-อบรมแนวทางการดำเนินงานและการลงบันทึกข้อมูล	-สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุติดตาม กำกับ ดูแล โรงพยาบาลให้ประเมินได้ตามเป้าหมาย	-สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุติดตาม กำกับ ดูแล โรงพยาบาลให้ประเมินได้ตามเป้าหมาย	-สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับ โรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ -สรุปผลการดำเนินงานและวางแผนการดำเนินงาน สำหรับปีงบประมาณ 2567 จัด กิจกรรมสรุปผลการดำเนินงาน
-	คัดกรองภาวะสมองเสื่อม $\geq$ ร้อยละ 30	คัดกรองภาวะสมองเสื่อม $\geq$ ร้อยละ 40	คัดกรองภาวะสมองเสื่อม $\geq$ ร้อยละ 50

#### เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 25
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 25-29
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 30-34
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 35-49
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50

วิธีการประเมินผล	-ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ -เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต
------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ผลงานการคัดกรอง	ร้อยละ	-	-	100

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสุนทร วิลาวัลย์ 2. นางสาวภัทราพร วงษ์จันทร์	OPD กลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
--	--	---

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองน้ำเย็น	
------------------------------------	---	--

ตัวชี้วัดย่อยที่ R 8.2	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	
------------------------	--	--

ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน	
---------------------	---------	--

ค่าเป้าหมายปี 2567	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	
--------------------	-----------------------------	--

คำนิยาม	<p>1.คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด</p> <p>2.จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (A-F3) กำหนดแนวทาง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ</li> <li>1.2 มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ</li> <li>1.3 มีการวินิจฉัย และการวางแผนการดูแลผู้ป่วย</li> <li>1.4 มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล</li> </ol> <p>3.เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบ่งเป็น 3 ระดับ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 โรงพยาบาลระดับ S – A</li> <li>3.2 โรงพยาบาลระดับ M1 - M2</li> <li>3.3 โรงพยาบาลระดับ F1 - F3</li> </ol> <p>4. มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม (Structure) <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีป้ายคลินิกและสถานที่จัดบริการชัดเจน</li> <li>- สถานที่เอื้อและอำนวยความสะดวก เช่น ห้องน้ำ ทางลาด</li> <li>- มีพื้นที่ห้องตรวจกว้าง เพียงพอสำหรับผู้ที่นั่งรถเข็นได้</li> </ul> </li> <li>4.2 ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก (Staff) คือ บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในคลินิก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ, สหสาขาวิชาชีพอย่างน้อย 2 สาขาขึ้นไป (Multi-Disciplinary Team), บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ</li> </ol>	
---------	---	--

	<p>4.3 ด้านรูปแบบและการจัดบริการ (Service) คือ การตรวจสุขภาพประจำปี, การให้บริการวัคซีนประจำปี, การบริการให้คำปรึกษาสุขภาพ, การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน, การวางแผนการดูแล, มีระบบข้อมูล, รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ, การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล และการรับ-ส่งต่อ</p> <p>4.4 ด้านการบริหารจัดการคลินิก (Service Management) คือ มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ, การพัฒนานวัตกรรมบริการ/การจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ, มีการวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีการพัฒนาเครือข่ายการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ</p> <p>5.ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ หมายถึง คุณภาพการบริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การตรวจสุขภาพประจำปี</li> <li>2. การบริการให้วัคซีนประจำปี</li> <li>3. การบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ (Counseling/Health promotion – prevention and rehabilitation หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง)</li> <li>4.การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน (Comprehensive Geriatric Assessment) ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและกลุ่มอาการสูงอายุ โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ</li> <li>5.การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ</li> <li>6.มีระบบข้อมูล       <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1 มีระบบข้อมูลผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุ</li> <li>6.2 มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการส่งปรึกษาภายในโรงพยาบาลและส่งต่อนอกโรงพยาบาล</li> </ol> </li> <li>7.รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ เช่นการเยี่ยมบ้าน Tele-consultation หรือ Tele-Medicince</li> <li>8.การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล</li> <li>9.การรับส่งต่อ       <ol style="list-style-type: none"> <li>9.1 ระหว่างโรงพยาบาล (Refer system)</li> <li>9.2 การส่งกลับชุมชน (COC Home visit)</li> </ol> </li> </ol> <p>6. กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม</p> <p>7. การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติด้านกลุ่มอาการสูงอายุ(geriatric syndromes) ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมในคลินิกผู้สูงอายุ 2. ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็น รายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ		
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website <a href="http://agingthai.dms.moph.go.th">http://agingthai.dms.moph.go.th</a> )		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่ตรวจในคลินิก และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองในคลินิกและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)		

**เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567**

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น **ภาวะพลัดตกหกล้ม** และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 35
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 35-39
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 40-44
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 45-59
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60

**ค่าเป้าหมายปีงบประมาณ 2567**

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60

**วิธีการประเมินผล**

- 1.ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
- 2.เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data**

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ผลงานการคัดกรอง	ร้อยละ	-	-	100

**ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**

1. นางสุนทร วิลาวัลย์	OPD กลุ่มงานการพยาบาล
2. นางสาวภัชราพร วงษ์จันทร์	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

**หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**

กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลน้ำเย็น  
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำเย็น

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence	
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย	
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย	
ตัวชี้วัดที่ R 9	การดำเนินงานกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้า ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I)	
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน	
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5	
คำนิยาม	<p>1. เป้าหมายเด็กที่ต้องนำเข้าสู่ระบบกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I</p> <p>1.1. เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าจาก DSPM หมายถึง เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองพบไม่ผ่านอย่างน้อย 1 ด้าน จากการตรวจคัดกรองพัฒนาการในครั้งที่ 2 (รหัส 1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242) เพื่อนำเข้าสู่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า (TEDA4I) ใน รพช./รพท.</p> <p>1.2. เด็กที่มีพัฒนาการที่ต้องส่งต่อทันที ได้แก่ เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า และ / หรือเด็กกลุ่มป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย</p>	<p>2. เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน TEDA4I จากพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า (TEDA4I) ( รหัส 1B271, 1B272, 1B273, 1B274 และ 1B275 )</p> <p>3. การกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน หมายถึง การที่เด็กได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมิน เพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ๆ เช่น คู่มือคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด -5 ปี โปรแกรมการฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย) เป็นต้น</p> <p>4. มีพัฒนาการสมวัยหลังเข้ารับการกระตุ้น หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน TEDA4I หรือเครื่องมือ</p>



		มาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี 2567	<p>1.เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ แล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าที่ต้องได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75</p> <p>2.เด็กปฐมวัยที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการครบตามเกณฑ์ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55</p> <p>3.เด็กปฐมวัยที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I มีพัฒนาการสมวัย หลังเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35</p>	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง และ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุข รพท./รพช. นำข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า บันทึกในโปรแกรม (และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม)	
แหล่งข้อมูล	รพท./ รพช. / HDC จังหวัดอุบลราชธานี	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า รพ.	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลจาก HDC ทุกเดือน	
<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b> <u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) <u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567) กำหนดการดำเนินงาน กระตุ้นพัฒนาการล่าช้า ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I) 4 ข้อ ดังนี้ (Output)		
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน	
1 คะแนน	พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตเด็ก ติดตามเด็กเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการต่อจาก DSPM ทุกราย(ไม่มีเด็กขาดการติดตามในระบบ)	
1 คะแนน	เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ แล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าที่ต้องได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	

1.5 คะแนน	เด็กปฐมวัยที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการครบตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า 90 วัน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55				
1.5 คะแนน	เด็กปฐมวัยที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I มีพัฒนาการสมวัย หลังเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35				
คะแนนเต็ม 5 คะแนน					
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data</b>					
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2563	2564	2565	2566
เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I $\geq$ ร้อยละ 75	ร้อยละ	73.71 (65%)	74.48 (70%)	86.75 (70%)	77.00 (75%)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางธัญพร เรืองธรรม งานจิตเวช 2. นางสาวปาณิศรา ยานิพันธ์ งานโรคNCD				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำเย็น				

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ R 10	ระดับความสำเร็จในการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การคัดกรองเด็กนักเรียน 4 กลุ่มโรค หมายถึง การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กนักเรียนรายบุคคล โดยคุณครูประจำชั้น ด้วยเครื่องมือ 1.) แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับ 1.1) เด็กสมาธิสั้น 1.2.) ออทิสซึม 1.3.) แอลดี 1.4.) เด็กเรียนรู้ช้า 2.) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็ก และ 3.) แบบประเมินจุดอ่อนและจุดแข็ง (SDQ) <b>เด็กอายุ 6-15 ปี</b> หมายถึง เด็กอายุ 6 ปี 1 วัน ถึงอายุ 15 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่เรียนในสถานศึกษาทุกสังกัด ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>ระยะเวลาดำเนินงานคัดกรองโดยครู พุทธศักราช 2565 - มีนาคม 2566</p> <p><b>โรคสมาธิสั้น (ADHD-Attention Deficit Hyperactivity Disorder)</b> หมายถึง ภาวะผิดปกติทางจิตเวชที่ส่งผลให้มีสมาธิสั้นกว่าปกติ ขาดการควบคุมการเคลื่อนไหว ทำ</p>

	<p>ให้มีลักษณะอาการชุกช่น วอกแวกง่าย ไม่เคยอยู่นิ่ง เวลาที่พูดด้วยจะไม่ตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดไม่ค่อยได้ ขาดความรับผิดชอบ พบได้ค่อนข้างบ่อยในเด็กที่มีช่วงอายุระหว่าง 3-7 ปี แต่ในรายที่เป็นไม่มาก อาการจะแสดงออกชัดเจนกว่าในช่วงหลัง 7 ขวบขึ้นไป โดยสาเหตุแท้จริงนั้นไม่สามารถทราบได้ชัดเจน แต่หนึ่งในนั้นคือการที่สมองส่วนหน้า ซึ่งเป็นส่วนที่ทำหน้าที่ ในการควบคุมสมาธิและการยับยั้งชั่งใจทำงานน้อยกว่าปกติ</p> <p><b>การประเมินเด็กเสี่ยงสมาธิสั้น</b> หมายถึง การประเมินเด็กกลุ่มอายุ 6-15 ปี โดยใช้แบบประเมินตามแบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และการเรียนรู้ช้า โดยคุณครูประจำชั้นเป็นผู้ประเมินเด็ก และอยู่ใกล้ชิดเด็กเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 เดือน ซึ่งให้ครูประเมินเด็กจากการสังเกตลักษณะพฤติกรรมหรือปัญหาการเรียนที่เด็กแสดงออกบ่อย ๆ ทั้งนี้ ในเด็ก 1 คน อาจประเมินพบหลายภาวะที่สามารถเกิดร่วมกันได้</p> <p><b>การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก</b> หมายถึง เด็กอายุ 6-15 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองโดยครู และประเมินซ้ำโดยพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD 10 หมวด F90.0-F90.9 ที่เข้ารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 จนถึงในปีงบประมาณปัจจุบัน</p>
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2567</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละผลงานตรวจคัดกรองเด็กนักเรียน 4 กลุ่มโรค <math>\geq</math> ร้อยละ 80</li> <li>การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 53</li> </ol>	
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>เพื่อให้ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์อย่างทันท่วงที เพราะการรักษาโรคนี้ต้องใช้เวลาและอาศัยความร่วมมือทั้งจากตัวเด็ก พ่อแม่ผู้ปกครอง และคุณครูผู้สอน ซึ่งต้องใช้หลายศาสตร์ร่วมกันเพื่อผลการรักษาที่ดี</li> <li>เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน สู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการดูแลช่วยเหลือเด็กวัยเรียนต่อไป</li> </ol>
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>เด็กอายุ 6-15 ปี ที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านจังหวัดอุบลราชธานี</p>
<p><b>วิธีจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>จนท.สาธารณสุข ประสานและชี้แจงครูประจำชั้นทุกห้องเรียนในโรงเรียนเขตรับผิดชอบ บันทึกข้อมูลการคัดกรองเด็กนักเรียนในโปรแกรม “ระบบงานเฝ้าระวังโรคจิตเวชในเด็ก” ในเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี URL : <a href="http://www.phoubon.in.th/">http://www.phoubon.in.th/</a></li> <li>รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงาน และแบบรายงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้</li> </ol>

	<p>1) แบบการประเมินตามแบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และระบบเส้นประสาทจิตเวชในเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>2) ระบบรายงาน School Health Hero กรมสุขภาพจิต</p> <p>3) แบบรายงานผลการประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยง ในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น</p> <p>4) การบันทึกข้อมูลการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ในหน่วยบริการ (43 แห่ง) และส่งข้อมูลเข้า HDC จังหวัดอุบลราชธานี ทุกเดือน</p>
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<p>1.สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง</p> <p>2.ระบบเส้นประสาทจิตเวชในเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
<b>รายการข้อมูลที่ 1</b>	A = จำนวนผู้ป่วยอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น
<b>รายการข้อมูลที่ 2</b>	B = จำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี คาดประมาณการจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ (สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนดเป้าหมายรายอำเภอให้)
<b>สูตรคำนวณ</b>	$(A/B) \times 100$
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	<p><u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)</p> <p><u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)</p>

## เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

มีการดำเนินงานตามกระบวนการเป็นระดับแบบมีเงื่อนไข ดังนี้

กำหนดเป็นขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

กระบวนการประเมิน เป็นตามเงื่อนไข ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ผู้ปฏิบัติงานเข้าถึงข้อมูลในระบบ HDC และมีทะเบียนรายชื่อเด็กที่ได้รับการคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง และเด็กป่วยโรคสมาธิสั้น (0.5 คะแนน)

**ขั้นตอนที่ 2** เด็กอายุ 6-15 ปี ที่มีความเสี่ยงได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น รายใหม่  $\geq$  ร้อยละ 5 (1.5 คะแนน)

**ขั้นตอนที่ 3** เด็กอายุ 6-15 ปี ที่มีความเสี่ยงได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น  $\geq$  ร้อยละ 53 (1.5 คะแนน)

**ขั้นตอนที่ 4** เด็กที่วินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ได้รับการติดตามการกินยาและดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 90 (1.5 คะแนน)

ระดับคะแนน	ระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone)			
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4
0.5 คะแนน	/			
2 คะแนน	/	/		
3.5 คะแนน	/	/	/	
5 คะแนน	/	/	/	/

### เอกสารสนับสนุน

- 1.จากฐานข้อมูลกรมสุขภาพจิต
- 2.แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และการเรียนรู้ช้า
- 3.ระบบเฝ้าระวังโรคจิตเวชในเด็ก สนง.สสจ.อุบลราชธานี
- 4.แบบรายงานผลการประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยง ในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
- 5.ระบบฐานข้อมูลเด็กป่วยสมาธิสั้น ใน HDC จังหวัดอุบลราชธานี

### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2564	2565	2566	
การเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้น $\geq$ ร้อยละ 50	ร้อยละ	13.22 ( $\geq$ 18 %)	23.65 ( $\geq$ 25 %)	33.02 ( $\geq$ 35 %)	56.69 ( $\geq$ 35 %)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางธัญพร เรืองธรรม งานจิตเวช 2. นางสาวปาณิสรา ยานิพันธ์ งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ R 11	ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยออทิสติก ในเด็ก 2-5 ปี
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การเข้าถึงบริการ หมายถึง เด็กอายุ 2-5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก ได้รับการบริการตามระบบการดูแลรักษา หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการสาธารณสุข โดยเป็นเด็กที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านจังหวัดอุบลราชธานี</p> <p><b>ผู้ป่วยโรคออทิสติก (ASD-Autism spectrum Disorder)</b> หมายถึง เด็กอายุ 2-5 ปี (11 เดือน 29 วัน) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD 10 หมวด F84.0-F84.9 ที่มารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 จนถึงในปีงบประมาณ 2565</p> <p><b>การประเมินเด็กเสี่ยงออทิสติก</b> หมายถึง การประเมินเด็กกลุ่มอายุ 2-5 ปี โดยใช้แบบประเมิน Pervasive Developmental Disorder Screening Questionnaire (PDDSQ) ตามช่วงอายุ โดยใช้แบบคัดกรองฉบับสำหรับเด็กอายุ 1-4 ปี และฉบับอายุ 4-18 ปี บิดา มารดา ญาติ/ผู้ดูแลเด็ก เป็นผู้ประเมิน เด็กจากการสังเกตลักษณะพฤติกรรมหรือปัญหาที่เด็กแสดงออก ทั้งนี้ หากพบความเสี่ยง ต้องได้รับการส่งต่อเพื่อพบพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ที่คลินิกจิตเวชเด็กฯ ในโรงพยาบาล เพื่อทำการประเมินเด็กซ้ำ และส่งเด็กกลุ่มเสี่ยงเข้าพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย</p>
เกณฑ์เป้าหมายปี 2567	การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคออทิสติกในเด็ก 2-5 ปี (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 52)

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคออร์ทิสติกได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์อย่างทันที่ เพราะการรักษาโรคนี้อาศัยเวลาและอาศัยความร่วมมือทั้งจากตัวเด็ก พ่อแม่ผู้ปกครอง และคุณครูผู้สอน ซึ่งต้องใช้หลายศาสตร์ร่วมกันเพื่อผลการรักษาที่ดี 2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตเด็กปฐมวัยสู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการดูแลช่วยเหลือเด็กปฐมวัยต่อไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลการให้บริการเด็กโรคออร์ทิสติกที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ในหน่วยบริการ (43 แห่ง) และส่งข้อมูลเข้า HDC จังหวัดอุบลราชธานี ทุกเดือน
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ที่ส่งข้อมูลตามมาตรฐานเข้าระบบ HDC จังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออร์ทิสติกอายุ 2-5 ปี ที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนเป้าหมายผู้ป่วยโรคออร์ทิสติกในเด็กอายุ 2-5 ปี คาดประมาณการจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ 0.6 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนดเป้าหมายรายอำเภอให้)
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

## เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

มีการดำเนินงานตามกระบวนการเป็นระดับแบบมีเงื่อนไข ดังนี้

กำหนดเป็นขั้นตอนของความสำเร็จ พิจารณาจากความก้าวหน้าขั้นตอนตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ และจัดทำโครงการ/แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน ค้นหา คัดกรองตามรายชื่อกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 ภาควิชาเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดกรอง เฝ้าระวัง ค้นหา ติดตามเด็กเสี่ยงโรคออร์ทิสติกในชุมชน และในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ขั้นตอนที่ 3 มีการประเมินค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงออร์ทิสติก กลุ่มอายุ 2-5 ปี ด้วยเครื่องมือ PDDSQ (ฉบับอายุ 1-4 ปี และ ฉบับอายุ 4-18 ปี) แผลผลและบันทึกรายงานเด็กกลุ่มเสี่ยงออร์ทิสติก เพื่อรพพบแพทย์ตรวจวินิจฉัย  $\geq$  ร้อยละ 80

ขั้นตอนที่ 4 เด็กอายุ 2-5 ปี ที่พบความเสี่ยง ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคออร์ทิสติกรายใหม่  $\geq$  ร้อยละ 5

ขั้นตอนที่ 5 เด็กอายุ 2-5 ปี ที่พบความเสี่ยง ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคออร์ทิสติก  $\geq$  ร้อยละ 52

คะแนน	ระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1 คะแนน	√				
2 คะแนน	√	√			
3 คะแนน	√	√	√		
4 คะแนน	√	√	√	√	
5 คะแนน	√	√	√	√	√

เอกสารสนับสนุน	ข้อมูลจาก HDC จังหวัดอุบลราชธานี
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางธัญพร เรืองธรรม งานจิตเวช 2. นางสาวปาณิศรา ยานิพันธ์ งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
หน่วยงานประมวลผล และผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลน้ำยืน กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ



ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence				
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย				
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ตัวชี้วัดที่ R 12	ผลสำเร็จของการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี				
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน				
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5				
คำนิยาม	<p>เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี</p> <p>การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้นที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ</p> <p>ผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) คือ กลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำที่ครอบคลุมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม เกิดจากการรวมตัวกันเป็นทีมขึ้นของเครือข่ายภาครัฐ (สาธารณสุข ท้องถิ่น การศึกษา ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พัฒนาสังคมฯ ฯลฯ) ภาคเอกชนจิตอาสา หรือประชาชนทั่วไปเพื่อร่วมกันดำเนินการป้องกันการจมน้ำใน 10 องค์กรประกอบของผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับทอง ระดับเงิน และระดับทองแดง โดยระดับทองแดง ดำเนินงาน 8 องค์กรประกอบ ส่วนระดับทองและระดับเงินจะต้องดำเนินงาน ทั้ง 10 องค์กรประกอบ</p> <p>สร้างทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ระดับทองและระดับเงิน โดยร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน จิตอาสา หรือประชาชนทั่วไป เพื่อผลักดันให้เกิดทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ในระดับหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ</p>				
<p>เกณฑ์เป้าหมายปี 2567</p> <p>เป้าหมายระดับจังหวัดอุบลราชธานีประจำปี 2567 : ไม่เกินร้อยละ 4.3 (14 คน) โดยใช้ค่าเฉลี่ย 5 ปี (ปี พ.ศ. 2561 – 2565)</p> <table border="1" data-bbox="180 1396 1409 1497"> <thead> <tr> <th>การเสียชีวิต</th> <th>ทีมผู้ก่อการดี</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 4.3 (ไม่เกิน 14 คน)</td> <td>ระดับทอง หรือเงิน จำนวน 14 ทีม</td> </tr> </tbody> </table>		การเสียชีวิต	ทีมผู้ก่อการดี	≤ 4.3 (ไม่เกิน 14 คน)	ระดับทอง หรือเงิน จำนวน 14 ทีม
การเสียชีวิต	ทีมผู้ก่อการดี				
≤ 4.3 (ไม่เกิน 14 คน)	ระดับทอง หรือเงิน จำนวน 14 ทีม				
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กในจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในจังหวัดอุบลราชธานี (จำนวน 339,242 คน )				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. เอกสารสถิติการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 2. แบบรายงานการสอบสวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำ/ตกน้ำ 3. แผนการดำเนินงานการป้องกันการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 4. เอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานตามช่วงเวลาที่กำหนด 5. เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานการป้องกันการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ระดับอำเภอจากโรงพยาบาลทุกแห่ง
แหล่งข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการตายจากรายงานการสอบสวนจากการจมน้ำ/ตกน้ำ ระดับอำเภอ 2. ฐานข้อมูล 43 แห่ง
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่เสียชีวิตจากการจมน้ำของจังหวัดในปี 2566
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กประชากรกลางปี ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(B/A) \times 100,000$
ระยะเวลาประเมินผล	<u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) <u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

### เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

#### แนวทางการดำเนินงาน

1. ผลักดันให้บุคลากรทุกระดับมีการเรียนหลักสูตรผู้จัดการแผนงานป้องกันการจมน้ำผ่านระบบ e-Learning
2. ผลักดันให้เกิดการใช้คอกกั้นเด็ก/พื้นที่เล่นที่ปลอดภัย (Playpen) ในครัวเรือนที่มีเด็กอายุ 0-2 ปี
3. ผลักดันให้มีพื้นที่เล่นที่ปลอดภัยสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในชุมชน/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
4. ผลักดันให้เกิดการเรียนการสอนว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดในโรงเรียน
5. ผลักดันให้ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไปมีความรู้เรื่องการปฐมพยาบาล (CPR) ช่วยคนจมน้ำ
6. ฝึกระวัง/สอบสวนการจมน้ำ (ทั้งเสียชีวิตและไม่เสียชีวิต)
7. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น จัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการจมน้ำประชาสัมพันธ์ในวงกว้างสื่อสารผ่านสื่อโต้ตอบ (Interactive) แบบออนไลน์/สื่อเสมือนจริง

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	การพัฒนาทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker ) 1.1 ได้รับการประเมินทีมผู้ก่อการดี ระดับเงิน จาก สนง.สสจ.อบ. (0.5 คะแนน) 1.2 ได้รับการประเมินทีมผู้ก่อการดี ระดับทอง จาก สนง.สสจ.อบ. (1 คะแนน)

0.5 คะแนน	<p>ร้อยละการสอบสวนการจมน้ำ และลงรายงานในระบบ Drowning Report (ทั้งเสียชีวิตและไม่เสียชีวิต ในทุกกลุ่มอายุ)</p> <p>2.1 มีรายงานสอบสวนแต่ไม่ครบ 100 % (0 คะแนน)</p> <p>2.2 มีการสอบสวนและลงรายงาน ครบ 100 % (0.5 คะแนน)</p>
1 คะแนน	<p>ร้อยละของเด็กอายุ 0-2 ปี มีการใช้คอกกั้นเด็ก/ มีพื้นที่เล่นที่ปลอดภัย (Playpen)</p> <p>3.1 น้อยกว่าร้อยละ 30 (0 คะแนน)</p> <p>3.2 ร้อยละ 31 – 70 (0.5 คะแนน)</p> <p>3.3 ร้อยละ 71 –100 % (1 คะแนน)</p>
1 คะแนน	<p>บุคลากรในสถานบริการทุกแห่ง ผ่านการเรียนรู้หลักสูตรผู้จัดการแผนงานป้องกันการจมน้ำ ในระบบ E-learning และได้รับใบ Certificate อย่างน้อย แห่งละ 1 คน (รพ./สสอ./รพ.สต )</p> <p>4.1 น้อยกว่า 50 % (0 คะแนน)</p> <p>4.2 50- 99.99 % (0.5 คะแนน)</p> <p>4.3 ครบ 100% (1 คะแนน)</p>
0.5 คะแนน	<p>นักเรียน ม. 1 - 6 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาและโรงเรียนขยายโอกาส ผ่านการอบรมเรื่องการปฐมพยาบาลและช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR &amp; AED ) ในสถานศึกษา</p> <p>5.1 ผ่านการอบรมน้อยกว่า 25 % (0 คะแนน)</p> <p>5.2 ผ่านการอบรม 26 – 49 % (0.25 คะแนน)</p> <p>5.3 ผ่านการอบรม 50% ขึ้นไป (0.5 คะแนน)</p>
1 คะแนน	<p>จำนวนโรงเรียนที่มีการเรียนการสอนว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด (Survival Swimming)</p> <p>6.1 ไม่มีการเรียนการสอน (0 คะแนน)</p> <p>6.2 มีการเรียนการสอน 1 โรงเรียนขึ้นไป (1 คะแนน)</p>
<p><b>เอกสารสนับสนุน :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-สถานการณ์การเสียชีวิตจากการจมน้ำแยกรายอำเภอ</li> <li>-แนวทางการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในชุมชน</li> <li>-แนวทางการประเมินผู้ก่อการดี การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ(Merit Maker )</li> <li>-รายงาน Drowning Report</li> </ul>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2563	2564	2565
		จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	คน	12
อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	อัตราต่อประชากร แสนคน	3.33	8.1	3.24
ทีมผู้ก่อการดี ระดับเงิน หรือระดับทอง	ร้อยละ 50 ของอำเภอ ทั้งหมด	1	1	1
ทีมผู้ก่อการดี ระดับทองแดง	ทุกตำบล	19	15	5

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/  
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นางธัญพร เรืองธรรม งานจิตเวช
- นางสาวปาณิสรา ยานิพันธ์ งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

หน่วยงานประมวลผล  
และจัดทำข้อมูล

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลน้ำเย็น  
กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 3	ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยง
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาระบบการโต้ตอบภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 13	ประสิทธิภาพการดำเนินงาน EOC
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 13.1	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงาน ระดับอำเภอ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>1) ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงาน ระดับอำเภอ หมายถึง กระบวนการดำเนินงานเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข แบ่งเป็น 5 กิจกรรมดำเนินการ</p> <p>2) ภาวะฉุกเฉิน/สาธารณสุขภัย หมายถึง สถานการณ์ สภาวะการณ์หรือเหตุการณ์ สาธารณสุขที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือ การเจ็บป่วย หมายถึงรวมถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อ ขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล</p>

**3) ความเสี่ยงสาธารณสุข** หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใด เหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบทางลบจากการเกิดสาธารณสุข โดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สิน และบริการต่าง ๆ ในระดับบุคคล ชุมชน สังคม หรือประเทศ

**4) ผู้บริหารได้รับการอบรม** หลักสูตรการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEM Academy - ICS100) ผู้บริหารประกอบด้วย ผอ.รพท./ ผอ.รพช./รองผอ.รพท./รองผอ.รพช./สสอ./ผช.สสอ./หัวหน้าและเลขานุการฯ ทุกกองการกิจของศูนย์ EOC อำเภอ(ตามโครงสร้างในระบบบัญชาการเหตุการณ์ ปีล่าสุดของอำเภอ)

**5) คำสั่งและผังบัญชาการเหตุการณ์** ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center : PHEOC) สำหรับรองรับทุกภัยพิบัติ

**6) แผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP)** หมายถึง กลวิธี การปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เพื่อนำไปปฏิบัติตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เป้าหมายการปฏิบัติการ โดยมีความครอบคลุมห้วงเวลาก่อนเกิดเหตุ ระหว่างเกิดเหตุ หลังเกิดเหตุการณ์

**7) การฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข** หมายถึง ดำเนินการฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินรับมือโรคติดต่อ และภัยสุขภาพหรือสาธารณสุข ที่มีโอกาสเกิดขึ้นในพื้นที่

**8) สาธารณภัยที่เกิดจากโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ** หมายถึงภัยที่เกิดจากโรคและมีโอกาสขยายขนาดและความรุนแรงขึ้น หากไม่ได้รับการจัดการ

**9) ภัยสุขภาพหรือภัยพิบัติ** หมายถึง ภัยที่เกิดจากธรรมชาติ หรือภัยที่มนุษย์สร้างขึ้นโดยไม่ได้เกิดจากโรค เช่น น้ำท่วม, ดินโคลนถล่ม, อุบัติเหตุขนาดใหญ่, อัคคีภัย, वादภัย, ฝุ่นละออง PM2.5 เป็นต้น

**เกณฑ์เป้าหมาย**

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569
ดำเนินการได้ระดับ5	ดำเนินการได้ระดับ5	ดำเนินการได้ระดับ5
ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100

<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลประจำอำเภอ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานและรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานจาก 25 อำเภอ
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอ ที่ดำเนินการครบ 5 ขั้นตอน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด 25 อำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ปี รอบที่ 1 ( 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 ( 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

### เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 ( 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 ( 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

คะแนน	ขั้นตอนที่				
	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5
1 คะแนน	/				
2 คะแนน	/	/			
3 คะแนน	/	/	/		
4 คะแนน	/	/	/	/	
5 คะแนน	/	/	/	/	/

ขั้นตอนที่	รายละเอียด	ค่าคะแนน
ขั้นตอนที่ 1	ผู้บริหารผ่านการอบรมหลักสูตร Online EOC-ICS100 ประกอบด้วย ผอ.รพท./ ผอ.รพช./รอง ผอ.รพท./รอง ผอ.รพช./สสอ./ผช.สสอ./ หัวหน้าและเลขานุการฯ ทุกห้องภารกิจของศูนย์ EOC อำเภอ (ตามโครงสร้างในระบบบัญชาการเหตุการณ์ปีล่าสุดของอำเภอ) -ผ่านการอบรม < 50% = <u>0 คะแนน</u> -ผ่านการอบรม 51 – 99 % = <u>0.5 คะแนน</u> -ผ่านการอบรมร้อยละ 100% = <u>1 คะแนน</u>	1 คะแนน
ขั้นตอนที่ 2	มีคำสั่งและผังบัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center : PHEOC) สำหรับรองรับทุกภัยพิบัติ	1 คะแนน

ขั้นตอนที่ 3	จัดทำแผนเผชิญเหตุ(IAP) โรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ, ภัยสุขภาพอย่างน้อย 2 เรื่อง -แผนเผชิญเหตุโรคติดต่อฯ = <u>0.5 คะแนน</u> -แผนเผชิญเหตุภัยพิบัติ = <u>0.5 คะแนน</u>	1 คะแนน
ขั้นตอนที่ 4	ซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินรับมือโรคติดต่อ 1 เรื่อง, ภัยสุขภาพ, สาธารณภัย 1 เรื่อง -แผนเผชิญเหตุโรคติดต่อฯ = <u>0.5 คะแนน</u> -แผนเผชิญเหตุภัยพิบัติ = <u>0.5 คะแนน</u>	1 คะแนน
ขั้นตอนที่ 5	เปิด EOC เพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคหรือสาธารณภัย อย่างน้อย 1 ครั้ง	1 คะแนน

### การตรวจสอบหลักฐาน

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
1	ผู้บริหารผ่านการอบรมหลักสูตร Online EOC-ICS100 ประกอบด้วยผอ.รพท./ ผอ.รพช./รองผอ.รพท./รองผอ.รพช./สสอ./ผช.สสอ./หัวหน้าและเลขานุการฯ ทุกกองการกิจของศูนย์ EOC อำเภอ(ตามโครงสร้างในระบบบัญชาการเหตุการณ์ปี 67 ของอำเภอ)	สำเนาประกาศนียบัตร
2	มีคำสั่งและผังบัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center : PHEOC) สำหรับรองรับทุกภัยพิบัติ	1.คำสั่งระบบบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ปี67 2.ผังบัญชาการเหตุการณ์ปี 67
3	จัดทำแผนเผชิญเหตุ(IAP) โรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และภัยสุขภาพ อย่างน้อย 2 เรื่อง ที่มีโอกาสจะเกิดในพื้นที่	1. แผนเผชิญเหตุโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ 2. แผนเผชิญเหตุภัยสุขภาพ/ภัยพิบัติ
4	ฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินเพื่อรับมือโรคติดต่อ 1 เรื่อง และภัยสุขภาพหรือสาธารณภัย 1 เรื่อง	1.รายงานการฝึกซ้อมแผนรับมือโรคติดต่อ 2.รายงานการฝึกซ้อมแผนรับมือภัยสุขภาพ/ภัยพิบัติ
5	เปิด EOC ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคหรือภัยพิบัติ อย่างน้อย 1 ครั้ง	1.บันทึกการประชุม/เอกสารประสานงานต่างๆ 2.ภาพกิจกรรม

เอกสารสนับสนุน :	<p>1) หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง)</p> <p>2) คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค</p> <p>3) พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง</p> <p>4) เว็บไซต์ <a href="https://ddc.moph.go.th/ddce/news.php?news=7033&amp;deptcode=ddcen">https://ddc.moph.go.th/ddce/news.php?news=7033&amp;deptcode=ddcen</a></p> <p>5) คู่มือศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน</p> <p>6) แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2558</p>
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายอภิเดช สารระแสน งานควบคุมโรค</p> <p>2. นางสาวยุวดี ศิริวัตร งานควบคุมโรค</p>
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลน้ำเย็น</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองน้ำเย็น</p>
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 13.2	ร้อยละหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ควบคุมโรคการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	เกิดการระบาดซ้ำ (1 Generation) น้อยกว่าร้อยละ 10
คำนิยาม	<p>โรคไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไข้แดงก็ (Dengue fever) รหัสโรค 66 รหัส ICD 10 : A97.9</li> <li>- ไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) รหัสโรค 26 รหัส ICD 10 : A97.0, 97.1</li> <li>- ไข้เลือดออกช็อก (Dengue shock syndrome) รหัสโรค 27 รหัส ICD 10 : A97.2</li> </ul> <p>หมู่บ้าน/ชุมชน สามารถควบคุมโรคการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ภายใน 28 วัน (2 generation) หมายถึง มีการระบาดต่อเนื่องน้อยกว่า 28 วัน (พบผู้ป่วยรายใหม่ต่อเนื่องกัน โดยวันที่พบผู้ป่วย (วันที่วินิจฉัยสงสัยไข้เลือดออก) ของผู้ป่วยแต่ละรายทั้งระยะกันไม่เกิน 28 วัน และยังคงควบคุมโรคไม่ได้)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละอัตราการระบาดซ้ำเกิน 2 Generation ในหมู่บ้าน <ร้อยละ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อให้การควบคุมโรคไข้เลือดออกภายใน 2 Generation ( 28 วัน)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หมู่บ้านทั้งหมดในจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และ D506 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระบบรายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



	และ D506 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหมู่บ้านที่มีการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน เกิน 2 Generation												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)												
<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b> รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567) เกณฑ์การให้คะแนนอัตราการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกเกิน 2 Generation ในหมู่บ้านเดียวกัน													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>เกณฑ์ประเมิน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>&gt;ร้อยละ 12.51</td> </tr> <tr> <td>2 คะแนน</td> <td>ระหว่างร้อยละ 10.01-12.50</td> </tr> <tr> <td>3 คะแนน</td> <td>ระหว่างร้อยละ 7.51-10.00</td> </tr> <tr> <td>4 คะแนน</td> <td>ระหว่างร้อยละ 5.01-7.51</td> </tr> <tr> <td>5 คะแนน</td> <td>&lt;ร้อยละ 5.0</td> </tr> </tbody> </table>	คะแนน	เกณฑ์ประเมิน	1 คะแนน	>ร้อยละ 12.51	2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 10.01-12.50	3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 7.51-10.00	4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 5.01-7.51	5 คะแนน	<ร้อยละ 5.0
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน												
1 คะแนน	>ร้อยละ 12.51												
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 10.01-12.50												
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 7.51-10.00												
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 5.01-7.51												
5 คะแนน	<ร้อยละ 5.0												
<b>รายละเอียดการประเมิน</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>คะแนน 1 คะแนน</u> หมายถึง อัตราการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน เกิน 2 Generation ในหมู่บ้านเดียวกันมากกว่าร้อยละ 12.51 ของหมู่บ้านทั้งหมด</li> <li>- <u>คะแนน 2 คะแนน</u> หมายถึง อัตราการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน เกิน 2 Generation ในหมู่บ้านเดียวกัน อยู่ในช่วงร้อยละ 10.01 -12.50 ของหมู่บ้านทั้งหมด</li> <li>- <u>คะแนน 3 คะแนน</u> หมายถึง อัตราการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน เกิน 2 Generation ในหมู่บ้านเดียวกัน อยู่ในช่วงร้อยละ 7.51 – 12.00 ของหมู่บ้านทั้งหมด</li> <li>- <u>คะแนน 4 คะแนน</u> หมายถึง อัตราการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน เกิน 2 Generation ในหมู่บ้านเดียวกัน อยู่ในช่วงร้อยละ 5.01-7.51 ของหมู่บ้านทั้งหมด</li> <li>- <u>คะแนน 5 คะแนน</u> หมายถึง อัตราการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน เกิน 2 Generation ในหมู่บ้านเดียวกัน น้อยกว่า ร้อยละ 5 ของหมู่บ้านทั้งหมด</li> </ul>													
ระดับของข้อมูลรายงาน	ประเมินเป็นรายพื้นที่ (อำเภอ/CUP)												

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำรายงาน	ข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรวม จากฐานข้อมูลระบบรายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และ D506 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2564
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายอภิเดช สารแสสน งานควบคุมโรค 2. นางสาวยุวดี ศรีรวีตร งานควบคุมโรค
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลน้ำยืน กลุ่มงานส่งเสริมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 3	ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยง
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาระบบการโต้ตอบภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 14	การดำเนินงานควบคุมโรค OVCCA
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 14.1	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรอง โรคพยาธิใบไม้ตับ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ร้อยละ 100
คำนิยาม	<p>โรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง โรคที่เกิดจากการอักเสบของท่อน้ำดีติดเชื้อ “พยาธิใบไม้ตับ” ซึ่งได้รับพยาธิจากการกินอาหาร ประเภทปลาดิบ ที่มีตัวอ่อนของพยาธิ ใบไม้ตับ ทำให้มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีและเสียชีวิตได้</p> <p>โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุข ที่สำคัญ คนไทย เสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับ เป็นจำนวนมากและพบว่าภาค ตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก ขณะนี้ ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ไม่น้อยกว่า 6 ล้านคน และประชาชนกลุ่มนี้ อาจจะพัฒนาเป็น โรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเวลา 20-30 ปีข้างหน้า ซึ่งปัจจุบันมี ผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปีละ 15,000 - 20,000 ราย พบเพศชายมากกว่า เพศหญิง 2.5 เท่า</p> <p>โรคพยาธิใบไม้ตับ มีสาเหตุจากการรับประทานอาหาร ที่มาจากปลาน้ำจืด เกล็ดขาว วงศ์ปลาตะเพียน ที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับ นำมาปรุงแบบดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ เช่น ก้อยปลา ส้มปลา ปลาจ่อม ฯลฯ เมื่อพยาธิใบไม้ตับสะสมและระยะ</p>

เวลานานๆ ท่อน้ำดีเกิดการอักเสบผนังท่อน้ำดีหนาขึ้น พัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดี  
ในเวลาต่อมา

ปลาที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ ปลาน้ำจืด เกล็ดขาว วงศ์ปลา  
ตะเพียน ซึ่งเป็นกลุ่มปลาที่ติดเชื้อ พยาธิใบไม้ตับสูง และเป็นสาเหตุให้ประชาชนติดโรค  
พยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ปลาตะเพียนขาว ปลาสร้อยนกเขาหรือ ปลาอีไทย ปลาสร้อย  
ปลาขาวหัวมน ปลาตะเพียนทอง ปลากระสูบจุด ปลาชวาณา ปลากระมัง

สาเหตุที่ทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ และยังมี การติดเชื้อมาก  
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี 3 ปัจจัย ดังนี้

1. ประชาชนยังมีพฤติกรรมมารับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาววงศ์ปลาตะเพียน  
ที่ปรุงแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ

2. ประชาชนที่ออกไปทำไร่ นา ยังมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระนอกส้วมหรือ  
รถสูบล้างน้ำสิ่งปฏิกูลทิ้งลงในสิ่งแวดล้อม ตามป่า ทุ่งนา ฯลฯ

3. ในแหล่งน้ำต่างๆ มีหอยและปลาอยู่ร่วมกัน ทำให้วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ  
ครบสมบูรณ์แล้วเจริญเป็นระยะติดต่อ สู่ คน หมา แมว

**ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป** หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรม  
ชอบรับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดขาวแบบปรุงดิบๆ สุกๆ เช่น ลาบ ก้อย ส้มปลา  
ปลาจ่อม ฯลฯ เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และมีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี  
มีที่อยู่อาศัยอยู่ใกล้ๆ กับแหล่งน้ำ และในพื้นที่ยังไม่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐาน

**การตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ** หมายถึง การตรวจคัดกรองด้วยอุจจาระด้วย  
วิธี Modified Kato ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐาน (Gold standard)

**โครงการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการ  
ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี** หมายถึง กระบวนการปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตามแนวทางการสร้างเสริม  
ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามขั้นตอนวีเซฟ (V-Shape HL)  
6 ขั้นตอน ได้แก่ การเข้าถึง, เข้าใจ, โต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน, ตัดสินใจ,  
เปลี่ยนพฤติกรรมและบอกต่อ

**เกณฑ์เป้าหมาย**

2.1 อัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป น้อยกว่าร้อยละ 2

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
น้อยกว่าร้อยละ 2	น้อยกว่าร้อยละ 1 (สิ้นสุดโครงการตามยุทธศาสตร์ชาติปี 2559 – 2568)	น้อยกว่าร้อยละ 1

เกณฑ์เป้าหมายย่อย : ร้อยละของการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

2.2 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อทราบอัตราความชุกของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อสร้างเสริมความรู้ (Health Literacy) การป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจังหวัดอุบลราชธานี

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย**

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ตำบลที่มีความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับสูง, มีพฤติกรรมรับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาววงศ์ปลาตะเพียน ที่ปรุงแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ, เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ, มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี, อาศัยอยู่ใกล้ๆ กับแหล่งน้ำ และในพื้นที่ซึ่งไม่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐาน

**วิธีการจัดเก็บข้อมูล**

1. บันทึกผลการตรวจคัดกรองลงในโปรแกรม ดังนี้
  - 1.1 รพ.สต. : โปรแกรม JHCIS
  - 1.2 PCU รพ. : โปรแกรม HI, HosXP ฯลฯ
 และนำเข้าโปรแกรม R506 ส่งฐานข้อมูลมายังกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
2. ผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรายงานผ่านฐานข้อมูล Data base ของกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
3. รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามขั้นตอนวีเซฟ (V-Shape HL) 6 ขั้นตอน

**แหล่งข้อมูล**

1. โปรแกรม R506
2. ฐานข้อมูล Data base กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.อุบลราชธานี

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p><b>อัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป (น้อยกว่าร้อยละ 2)</b></p> <p><b>สูตรคำนวณ (A/B) X 100</b></p> <p>A = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Modified Kato</p> <p>B = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด จำนวน 450 คน</p> <p><b>เกณฑ์เป้าหมายย่อย : ร้อยละของการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป</b></p> <p><b>สูตรคำนวณ (A/B) X 100</b></p> <p>A = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Modified Kato (เป้าหมาย จำนวน 450 คน)</p> <p>B = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมดตามเป้าหมาย จำนวน 450 คน</p>
--------------------	--

ระยะเวลาประเมินผล	<p>2 รอบประเมิน/ปี</p> <p><u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)</p> <p><u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)</p>
-------------------	---

**การติดตามรายไตรมาส (การคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย)**

ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100

**เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567**

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
≤60 %	61 - 70%	71 – 80%	81 – 90%	91 – 100%

เอกสารสนับสนุน :	<p>1.แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559–2568, กรมควบคุมโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย</p> <p>2.กองโรคติดต่อทั่วไป กลุ่มงานโครงการตามพระราชดำริ: <a href="https://ddc.moph.go.th/dcd/">https://ddc.moph.go.th/dcd/</a></p>
------------------	---

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายอภิเดช สาระแสน งานควบคุมโรค</p> <p>2. นางสาวยุวดี ศรีรวัตร งานควบคุมโรค</p>
--	--

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลน้ำยืน</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำยืน</p>
------------------------------------	--

ตัวชี้วัดย่อยที่ R 14.2	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี								
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน								
ค่าเป้าหมายปี 2567	ร้อยละ 100								
คำนิยาม	<p>โรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง โรคที่เกิดจากการอักเสบของท่อน้ำดีติดเชื้อ “พยาธิใบไม้ตับ” ซึ่งได้รับพยาธิจากการกินอาหาร ประเภทปลาดิบ ที่มีตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ ทำให้มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีและเสียชีวิตได้</p> <p>ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมชอบรับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดขาวแบบปรุงดิบๆ สุกๆ เช่น ลาบ ก้อย ส้มปลา ปลาจ่อม ฯลฯ เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และมีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีที่อยู่อาศัยอยู่ใกล้ๆ กับแหล่งน้ำ และในพื้นที่ยังไม่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐาน</p> <p>การตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง การตรวจคัดกรองด้วยอุจจาระด้วยวิธี Modified Kato ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐาน (Gold standard)</p> <p>โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามขั้นตอนวีเซฟ (V-Shape HL) 6 ขั้นตอน ได้แก่ การเข้าถึง, เข้าใจ, ตัดตอบซักถามแลกเปลี่ยน, ตัดสินใจ, เปลี่ยนพฤติกรรมและบอกต่อ</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย (การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ HL)									
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="180 1268 462 1318">ปีงบประมาณ 2567</th> <th data-bbox="462 1268 745 1318">ปีงบประมาณ 2568</th> <th data-bbox="745 1268 1027 1318">ปีงบประมาณ 2569</th> <th data-bbox="1027 1268 1328 1318">ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="180 1318 462 1369">ร้อยละ 25</td> <td data-bbox="462 1318 745 1369">ร้อยละ 50</td> <td data-bbox="745 1318 1027 1369">ร้อยละ 75</td> <td data-bbox="1027 1318 1328 1369">ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570						
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100						
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.เพื่อทราบอัตราความชุกของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี</li> <li>2.เพื่อสร้างเสริมความรู้ (Health Literacy) การป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจังหวัดอุบลราชธานี</li> </ol>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ตำบลที่มีความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับสูง, มีพฤติกรรมรับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดขาววงศ์ปลาตะเพียน ที่ปรุงแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ, เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ, มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี, อาศัยอยู่ใกล้ๆ กับแหล่งน้ำ และในพื้นที่ยังไม่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐาน								

<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	<p>1. บันทึกผลการตรวจคัดกรองลงในโปรแกรม ดังนี้</p> <p>1.1 รพ.สต. : โปรแกรม JHCIS</p> <p>1.2 PCU รพ. : โปรแกรม HI, HosXP ฯลฯ</p> <p>และนำเข้าโปรแกรม R506 ส่งฐานข้อมูลมายังกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ</p> <p>2. ผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรายงานผ่านฐานข้อมูล Data base ของกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>3. รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามขั้นตอนวีเซฟ (V-Shape HL) 6 ขั้นตอน</p>
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<p>1.โปรแกรม R506</p> <p>2.ฐานข้อมูล Data base กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.อุบลราชธานี</p>
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	<p><b>ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี</b></p> <p style="text-align: center;"><b>สูตรคำนวณ (A/B) X 100</b></p> <p>A = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยวิธี Modified Kato (เป้าหมาย จำนวน 450 คน) และได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี <u>ในโปรแกรมเดียวกัน</u></p> <p>B = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมดตามเป้าหมาย จำนวน 450 คน</p>
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	<p>2 รอบประเมิน/ปี</p> <p><u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)</p> <p><u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)</p>

**เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567**

**รอบที่ 1** (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

**รอบที่ 2** (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	1) ผลงาน $\leq 60$ % 2) รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)
2 คะแนน	1) ผลงาน 61-70% 2) รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)
3 คะแนน	1) ผลงาน 71 – 80% 2) รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)
4 คะแนน	1) ผลงาน 81 – 90% 2) รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)
5 คะแนน	1) ผลงาน 91 – 100% 2) รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	1.แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559 – 2568, กรมควบคุมโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย 2.กองโรคติดต่อทั่วไป กลุ่มงานโครงการตามพระราชดำริ: <a href="https://ddc.moph.go.th/dcd/">https://ddc.moph.go.th/dcd/</a>
-------------------------	--

<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	1. นายอภิเดช สารระแสน งานควบคุมโรค 2. นางสาวยุวดี ศรีรวีตร งานควบคุมโรค
--	--

<b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล</b>	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม กลุ่มงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหน้าเย็น
--	--

<b>ตัวชี้วัดย่อยที่ R 14.3</b>	<b>ระดับความสำเร็จของอำเภอเมืองครบครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบในการบริหารจัดการสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร</b>
--------------------------------	---

<b>ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน</b>	<b>2 คะแนน</b>
----------------------------	----------------

<b>ค่าเป้าหมายปี 2567</b>	<b>ความสำเร็จระดับ 5</b>
---------------------------	--------------------------

<b>คำนิยาม</b>	<b>การบริหารจัดการสิ่งปฏิกูล</b> หมายถึง การส่งเสริม สนับสนุน ให้ พขอ. และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีการกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล มีการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น มีระบบการเฝ้าระวังการทิ้งตามที่หรือทางสาธารณะ หรือ ทิ้งตามที่เอกชน อันจะก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรค และเป็นอันตรายต่อสุขภาพ
----------------	--



<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>		
อำเภอเมืองครุฑนครส่วนท้องถิ่นต้นแบบในการบริหารจัดการสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร		
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569
อำเภออย่างน้อย 1 แห่ง	อำเภออย่างน้อย 2 แห่ง	อำเภออย่างน้อย 3 แห่ง
<b>วัตถุประสงค์</b>	-เพื่อตัดวงจรพยาธิไปไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี -องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล	
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.)	
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	-รายงานผลการดำเนินงานระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล -รายงาน EHA 3002	
<b>แหล่งข้อมูล</b>	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สนง.สสจ.อบ.	
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A= จำนวนบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ผ่านการประเมินรับรอง	
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B= จำนวนบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลทั้งหมด	
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$	
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาสที่ 2 และ ไตรมาสที่ 4 รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567 รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567	
<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b>		
รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567		
รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567		
อำเภอขับเคลื่อนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีแผนงานงบประมาณสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล		
<b>คะแนน</b>	<b>เกณฑ์ประเมิน</b>	
1 คะแนน	ผ่านประชาคมพื้นที่เป้าหมาย	
1 คะแนน	มีข้อบัญญัติ ตั้งงบประมาณของ อบท.	
1 คะแนน	อำเภอมีแผนงานผ่าน พขอ./สภาท้องถิ่น	
1 คะแนน	อยู่ระหว่างการก่อสร้างเสร็จ (แต่ยังไม่เปิดใช้)	
1 คะแนน	เปิดใช้งานบ่อบำบัด /มีการบริหารจัดการ ต่อเนื่อง	
คะแนนเต็ม 5 คะแนน		
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data</b>		
อำเภอที่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล 9 อำเภอได้แก่ เชียงใน, เขมราฐ, นาทาล, เหล่าเสือโก้ก, ศรีเมืองใหม่, พิบูลมังสาหาร, กุดข้าวปุ้น, ม่วงสามสิบ, บุณฑริก, ดอนมดแดง (ข้อมูลปี 2566)		

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายอภิเดช สารระแสน งานควบคุมโรค 2. นางสาวยุวดี ศรีรั้วตร งานควบคุมโรค
หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลน้ำยีน กลุ่มงานส่งเสริมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำยีน

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 3	ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยง
โครงการที่ 2	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 15	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเด็กอายุ ครบ 1 ปี
ตัวชี้วัดย่อยที่	R 15.1 วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด (IPV) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) (0.6 คะแนน) R 15.2 วัคซีนโปลิโอชนิดหยอด (OPV3) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) (0.6 คะแนน) R 15.3 วัคซีนหัด,คางทูม,หัดเยอรมัน (MMR1) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95) (0.8 คะแนน)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	รวม 2 คะแนน
คำนิยาม	<p>1) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอชนิดฉีด (IPV2) ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน IPV2 ครบตามเกณฑ์จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน</p> <p>2) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอชนิดหยอด (OPV3) ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน OPV3 ครบตามเกณฑ์จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน</p> <p>3) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR1) ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน MMR1 ครบตามเกณฑ์จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน</p>

<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>		
IPV2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90		
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
OPV3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90		
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
MMR1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95		
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอ ชนิดฉีด(IPV), วัคซีนโปลิโอชนิดหยอด (OPV3) และวัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR1) ให้ได้ตามเกณฑ์	
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<p>1) เด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัย type area = 1,3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน แต่ผ่านมาแล้ว 1 ปี เช่น</p> <p>รายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2566 - ธันวาคม 2566  เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตค. 2565 - 31 ธค. 2565</p> <p>รายงานงวดที่ 2 : มกราคม 2567 - มีนาคม 2567  เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 มค. 2566 - มีค. 2566</p> <p>รายงานงวดที่ 3 : เมย. 2567 - มิย. 2567  เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 เมย. 2566 - มิย. 2566</p> <p>รายงานงวดที่ 4 : กค. 2567 - กย. 2567  เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 กค. 2566 - กย. 2566</p>	
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข	
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข	
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน IPV2, OPV3, MMR1	

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานะบุคคล type area = 1, 3) 1 = มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง 3 = มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ (ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ) แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
รายการข้อมูล 3	วัคซีนที่ใช้ประมวลผล คือ วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด IPV2 รหัสวัคซีน = I12 รหัส ICD-10 = Z24.0 วัคซีนโปลิโอชนิดหยอด OPV3 รหัสวัคซีน = O83 รหัส ICD-10 = Z24.0 วัคซีน หัด คางทูม หัดเยอรมัน MMR1 (เข็มที่ 1) รหัสวัคซีน = O61 รหัส ICD-10 = Z27.4
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)X100
ระยะเวลาประเมินผล	1) ระยะเวลาประเมินผล 2 รอบ รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 66 - 28 กุมภาพันธ์ 67), รอบที่ 2 (1 เมษายน 67 - 15 สิงหาคม 67) 2) ติดตามความก้าวหน้าโดยติดตามความก้าวหน้า ทุกrayงวด (ไตรมาส)
ระดับของข้อมูลรายงาน	ความครอบคลุมประเมินเป็นรายพื้นที่ (อำเภอ/CUP)
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำรายงาน	ตรวจสอบผลความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนวัคซีน ในฐานข้อมูล HDC จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ส่งเสริมป้องกัน >> การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

### เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

เกณฑ์การติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีน IPV2 (1 ตุลาคม 2566-30 กันยายน 2567)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥ 75%	≥ 80%	≥ 85%	≥ 90%

เกณฑ์การติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีน OPV3 (1 ตุลาคม 2566-30 กันยายน 2567)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥ 75%	≥ 80%	≥ 85%	≥ 90%

เกณฑ์การติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR1 (1 ตุลาคม 2566-30 กันยายน 2567)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥ 75%	≥ 80%	≥ 90%	≥ 95%

**การประเมินคะแนน Ranking ปี 2567**

รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567

รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567

ตัวชี้วัด	การประเมินผล				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1. อัตราความครอบคลุมของวัคซีน IPV2 (รอบ1)	<65 %	65-69.99 %	70-74.99 %	75-79.99 %	≥ 80 %
(0.6 คะแนน) (รอบ2)	<75 %	75-79.99 %	80-84.99 %	85-89.99 %	≥ 90 %
2. อัตราความครอบคลุมของวัคซีน OPV3 (รอบ1)	<65 %	65-69.99 %	70-74.99 %	75-79.99 %	≥ 80 %
(0.6 คะแนน) (รอบ2)	<75 %	75-79.99 %	80-84.99 %	85-89.99 %	≥ 90 %
3. อัตราความครอบคลุมของวัคซีน MMR1 (รอบ1)	<65 %	65-69.99 %	70-74.99 %	75-79.99 %	≥ 80 %
(0.8 คะแนน) (รอบ2)	<80 %	80-84.99 %	85-89.99 %	90-94.99 %	≥ 95 %

เอกสารสนับสนุน	แผนปฏิบัติงานโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ปี 2567
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายอภิเดช สารระแสน งานควบคุมโรค 2. นางสาวยุวดี ศรีรวีตร งานควบคุมโรค
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานส่งเสริมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองน้ำเย็น

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 3	ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยง
โครงการที่ 2	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 16	คุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (รง. 506) ตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95
คำนิยาม	1. คุณภาพการส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ในระบบเฝ้าระวัง (D 506) หมายถึง ความสม่ำเสมอและความครอบคลุม ในการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง 57 โรค ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ของศูนย์ระบาดวิทยา อำเภอและสถานบริการสาธารณสุข โดยประเมินจากจำนวนผู้ป่วยในฐานข้อมูล D 506 ของ สสจ. อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2567 (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567) โดยแบ่งคะแนนเป็น 2 ส่วน ๆ ละ 50 % ดังนี้

## 2. ความสม่ำเสมอในการส่งรายงาน D 506 (ร้อยละ 50)

หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน ส่งรายงาน D 506 ถึง สสจ. อุบลราชธานี ตามกำหนด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง **ในทุกวันอังคารหรือพุธของสัปดาห์** (ประเมินเป็นรายสัปดาห์ 52 สัปดาห์/ปี และสะสมคะแนนเป็นรายเดือน)

## 3. ความครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุข ที่ส่ง D 506 (ร้อยละ 50)

หมายถึง จำนวนสถานบริการสาธารณสุข ที่ส่ง D 506 ในแต่ละสัปดาห์ สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลของรัฐ, โรงพยาบาลเอกชน, รพ.สต. (ทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัด) และศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่งในอำเภอ โดยมีกำหนดเกณฑ์ ในการส่งข้อมูล (ตามกองระบาคติวิทยา) ดังนี้

- โรงพยาบาลศูนย์ ส่งรายงานไม่ต่ำกว่า 50 ราย/ สัปดาห์
- โรงพยาบาลทั่วไป ส่งรายงานไม่ต่ำกว่า 30 ราย/ สัปดาห์
- โรงพยาบาลชุมชน ส่งรายงานไม่ต่ำกว่า 5 ราย/ สัปดาห์

(ประเมินเป็นรายสัปดาห์ 52 สัปดาห์/ปี และสะสมคะแนนเป็นรายเดือน)

### เงื่อนไขความสำเร็จ

1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน มีการส่งข้อมูล D 506 จากสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในอำเภอในระบบ D 506 และรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม R506 ส่งควบคู่กัน ส่งให้ สสจ. ตามเกณฑ์ที่กำหนด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2. มีการรายงานและสอบสวนโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่มีความสำคัญสูงที่ต้องรายงานทันที (ไม่เกิน 24 ชม.) ให้ทีมระบาดวิทยา สสจ. ได้แก่ โรคติดต่ออันตราย 13 โรค ไข้เลือดออก, โรคพิษสุนัขบ้า, คอตีบ, ไอกรน, ไข้กาฬหลังแอ่น, เลปโตสไปโรซิส และผู้ป่วยที่เสียชีวิตสงสัยจากโรคติดต่อทุกโรค

3. มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ทุกสัปดาห์ เพื่อเสนอผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

**เกณฑ์เป้าหมาย** ร้อยละของคุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (รง.506)

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 95	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

**วัตถุประสงค์**

เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อให้มีความครอบคลุม, ทันเวลา, สามารถตรวจจัดการระบาดและตอบโต้การระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย**

โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	<p>1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตรวจสอบผู้ป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง 57 โรค จากโปรแกรมตรวจผู้ป่วยของสถานบริการ ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง/บันทึกผู้ป่วย และส่ง D 506 จากหน้าโปรแกรม HIS ไปยังกองระบาดวิทยา</p> <p>2. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวบรวมข้อมูล รง.506 ตรวจสอบข้อมูลและแก้ไขให้ถูกต้อง และส่งข้อมูล รง. 506 จากโปรแกรม R 506 ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควบคู่กันกับการรายงานใน D 506 ตามกำหนด (อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันอังคารหรือพุธ)</p> <p>3. สสจ. รวบรวมข้อมูลจากศูนย์ระบาดวิทยาทุกอำเภอ ตรวจสอบข้อมูลแก้ไขให้ถูกต้อง จัดส่งให้กองระบาดวิทยาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ทุกสัปดาห์ (อย่างน้อยวันพฤหัสบดี)</p>
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<p>1. ฐานข้อมูล D 506 ของกองระบาดวิทยา</p> <p>2. โปรแกรม R506 ฐานข้อมูลของ สสจ.อุบลราชธานี</p> <p>3. ทะเบียนบันทึกการรับ – ส่ง รายงาน 506 ของ สสจ.อุบลราชธานี</p> <p>4. หลักฐานอย่างอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกการส่งรายงาน 506 ของอำเภอ (E8)</p>
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด ความสม่ำเสมอในการ รายงาน</b>	<p>ร้อยละความสม่ำเสมอการส่ง รง. 506 ของศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ มายัง สสจ.อุบลราชธานี</p> $= \frac{\text{จำนวนสัปดาห์ที่ส่งทั้งหมด}}{\text{จำนวนสัปดาห์ในรอบเดือน}} * 100$ <p>(คำนวณคะแนนสะสมเป็นรายเดือน)</p>
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด ความครอบคลุมของ หน่วยงานที่รายงาน</b>	<p>ร้อยละความครอบคลุมของสถานบริการที่ส่งรายงาน รง. 506 มายังมายัง สสจ.อุบลราชธานี (คิดเป็นรายอำเภอ)</p> $= \frac{\text{โรงพยาบาล ในอำเภอ}}{\text{จำนวนสถานบริการทั้งหมด (ในอำเภอ)}} * 100$ <p>(คำนวณคะแนนสะสมเป็นรายเดือน)</p>
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด จำนวนผู้ป่วยรายเดือน</b>	<p>คุณภาพในการรายงาน รง.506 (100%)</p> <p>=ความสม่ำเสมอการรายงาน (50%) +ความครอบคลุมของสถานบริการรายงานโรค (50%)</p>
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	<p><u>รอบที่ 1</u> ข้อมูลวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567</p> <p><u>รอบที่ 2</u> ข้อมูลวันที่ 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567</p>

### เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 ข้อมูลวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567

รอบที่ 2 ข้อมูลวันที่ 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567

ร้อยละของคุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (รง.506)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	ต่ำกว่าร้อยละ 65
2 คะแนน	ร้อยละ 65 -74
3 คะแนน	ร้อยละ 75 -84
4 คะแนน	ร้อยละ 85 -94
5 คะแนน	ร้อยละ 95 -100

### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
คุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	ร้อยละ	79.5	81	92

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/  
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายอภิเดช สารระแสน งานควบคุมโรค
2. นางสาวยุวดี ศรีรวีตร งานควบคุมโรค

หน่วยงานประมวลผล  
และจัดทำข้อมูล

กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลน้ำเย็น  
กลุ่มงานส่งเสริมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองน้ำเย็น

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 3	ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยง
โครงการที่ 3	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 17	ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ร้อยละ 40
คำนิยาม	สถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง อาคาร สถานที่หรือบริเวณใดๆ ที่มีใช้ หรือทางสาธารณะที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จและจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่ายโดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือนำไปบริโภคที่อื่นก็ตาม



	<p>ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด          สถานที่จำหน่ายอาหารได้รับอนุญาต/จัดแจ้งประกอบกิจการ          มีการลงทะเบียน และประเมินตนเอง บนระบบ foodhandler          ( <a href="http://foodhandler.moph.go.th/">http://foodhandler.moph.go.th/</a>)          ผู้ประกอบการ หรือผู้สัมผัสอาหาร ผ่านการอบรม บนระบบ foodhandler          จัดทำฐานข้อมูลระดับอำเภอ และสรุปผลการประเมินตามกฎหมายกระทรวงฯ          4 หมวดและผลตรวจด้านแบคทีเรีย          มีร้านอาหารต้นแบบด้านสุขาภิบาลอาหาร(Clean Food Good Taste Plus)</p>			
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>				
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	
ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหารให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด			
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	สถานที่จำหน่ายอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561			
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	แบบตรวจมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสถานที่จำหน่ายอาหารตามกฎหมายกระทรวงฯ และทะเบียนสถานที่จำหน่ายอาหาร ผู้ประกอบกิจการ ผู้สัมผัสอาหาร บนระบบ foodhandler			
<b>แหล่งข้อมูล</b>	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ( <a href="http://foodhandler.moph.go.th/">http://foodhandler.moph.go.th/</a> )			
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A=จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน			
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B=จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารทั้งหมด			
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A*100)/B$			
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	<u>รอบที่ 1</u> (1 ตค.66 – 28 กพ.67) <u>รอบที่ 2</u> (1 เมย. 66 – 15 สค.67)			

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รายละเอียดตัวชี้วัด	คะแนน			
	0 คะแนน	0.3 คะแนน	0.5 คะแนน	1 คะแนน
	<10%	10%-19.9%	20%-29.9%	30%+
1.สถานที่จำหน่ายอาหารได้รับ อนุญาต/จัดแจ้งประกอบกิจการ				
2.มีการลงทะเบียน และประเมิน ตนเอง บนระบบ foodhandler				
3.ผู้ประกอบการ หรือผู้สัมผัส อาหาร ผ่านการอบรม บนระบบ foodhandler				
4.จัดทำฐานข้อมูลระดับอำเภอ และ สรุปผลการประเมินตามกฎหมาย กระทรวงฯ 4 หมวด และผลตรวจ ด้านแบคทีเรีย				
5.มีร้านอาหารต้นแบบด้าน สุขาภิบาลอาหาร(Clean Food Good Taste Plus)	ไม่มี	-	-	มี

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/  
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางสาวบัณฑิตา พัฒนี กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม
2. นางสาวยุวดี ศรีรวีตร งานควบคุมโรค

หน่วยงานประมวลผล  
และจัดทำข้อมูล

กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วมโรงพยาบาลน้ำเย็น  
กลุ่มงานส่งเสริมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำเย็น

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 3	ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยง
โครงการที่ 3	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 18	ระดับความสำเร็จของการดำเนินการจัดตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Situation Awareness Team: SAT) และทีมปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team: RRT)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จการดำเนินการจัดตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Situation Awareness Team: SAT) ระดับอำเภอและทีมปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team: RRT) ระดับอำเภอ เพื่อดำเนินการติดตามเฝ้าระวัง ประเมินสถานการณ์ และประเมินความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพ และการโฆษณาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นทั้งในอำเภอที่เป็นพื้นที่ความรับผิดชอบ และต่างอำเภอที่ต้องประสานงานและส่งต่อข้อมูล และเพื่อจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและทันท่วงที ทั้งด้านการสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูล และการเฝ้าระวังในระดับต่าง ๆ โดยจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานเครือข่ายในระดับอำเภอ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล รพ.สต. และ อปท.ในพื้นที่ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภคในพื้นที่</p> <p><b>ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Situation Awareness Team: SAT) ระดับอำเภอ</b> หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่ทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ ตรวจสอบยืนยัน (Verify) วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งสรุปและรายงานต่อผู้บริหาร การแจ้งเตือน แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น ๆ</p> <p><b>ทีมปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team: RRT) ระดับอำเภอ</b> หมายถึง ทำหน้าที่ตรวจสอบความผิดปกติ สอบสวนสาเหตุ และควบคุมสถานการณ์ ชั้นต้นทันที</p> <p><b>โดยมีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. รับเรื่องราวร้องทุกข์จากผู้บริโภคที่ได้รับความเดือดร้อนหรือเสียหาย/ รับเรื่องร้องเรียนจากหน่วยงานอื่น/ รับเรื่องส่งต่อจากพื้นที่อำเภออื่น/ การแจ้งเบาะแสผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพไม่ปลอดภัย รวมทั้งโฆษณาด้านสุขภาพที่เข้าข่ายผิดกฎหมาย</li> <li>2. ติดตามเฝ้าระวัง ประเมินสถานการณ์ และประเมินความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพ และการโฆษณาด้านสุขภาพ ที่เกิดขึ้นในอำเภอที่เป็นพื้นที่ความรับผิดชอบ</li> <li>3. ประสานงาน ส่งต่อข้อมูล ผลจากการติดตามเฝ้าระวัง ประเมินสถานการณ์</li> </ol>

	<p>และประเมินความเสี่ยง ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพ และการโฆษณาด้านสุขภาพ ทั้งที่เกิดขึ้นทั้งในอำเภอที่เป็นพื้นที่ความรับผิดชอบ และต่างอำเภอ เพื่อจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและทันที่</p> <p>4. ประสานงานด้านการสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูล และการเฝ้าระวังในระดับต่าง ๆ จากหน่วยงานเครือข่ายในระดับอำเภอ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล รพ.สต. และ อปท.ในพื้นที่ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ได้เหมาะสม ทันเวลา</p> <p><b>กิจกรรมการดำเนินงาน</b> ซึ่งเป็นการวัดระดับความสำเร็จ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>มีคำสั่ง</b> แต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Situation Awareness Team: SAT) ระดับอำเภอและทีมปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team: RRT) ระดับอำเภอที่มีรายชื่อเป็นปัจจุบัน และกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในทีมอย่างชัดเจน</li> <li>2. <b>มีการจัดระบบการเฝ้าระวังตามขั้นตอนที่กำหนด</b> ได้แก่       <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 การเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based surveillance)           <ol style="list-style-type: none"> <li>1) มีการรับแจ้งข่าวจากเครือข่ายในพื้นที่ เช่น โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก ผู้ปกครอง อสม. ร้านค้า ร้านขายยา ประชาชน สื่อออนไลน์ ฯลฯ ทุกเดือน</li> <li>2) มีการตรวจสอบข่าว (Verification) ที่ได้รับแจ้ง</li> <li>3) มีการแจ้งเตือนข่าว หลังตรวจสอบแล้วพบความผิดปกติไปยังผู้เกี่ยวข้อง</li> </ol> </li> <li>2.2 การเฝ้าระวังในระบบรายงาน           <ol style="list-style-type: none"> <li>1) มีการตรวจสอบความผิดปกติแบบกลุ่มก้อนในระบบเฝ้าระวัง</li> <li>2) มีการแจ้งเตือนผลการตรวจสอบไปยังผู้เกี่ยวข้อง</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>3. <b>มีการเฝ้าระวังตามระบบ</b> ที่กำหนดไว้ตามข้อ 2</li> <li>4. <b>มีการบันทึกผลการดำเนินงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Situation Awareness Team: SAT) ระดับอำเภอและทีมปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team: RRT) ระดับอำเภอ</b></li> <li>5. <b>มีการรายงานผลการดำเนินงาน</b> ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงเวลา</li> </ol>
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย</b></p>	<p>การดำเนินการจัดตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Situation Awareness Team: SAT) และทีมปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team: RRT) มีระดับความสำเร็จในการดำเนินงานครบทุกขั้นตอน เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภค และทำให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพ และโฆษณาด้านสุขภาพ มีความปลอดภัย (ความสำเร็จระดับ 5)</p>
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<p>ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภค และทำให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพ และโฆษณาด้านสุขภาพ มีความปลอดภัย</p>

กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานเครือข่ายในระดับอำเภอ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล รพ.สต. และ อปท.ในพื้นที่ (เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล/อบต.)												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินกระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ของการดำเนินงาน, รวบรวมรายงาน, หลักฐานเชิงประจักษ์ , ลงพื้นที่ตรวจสอบ												
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Situation Awareness Team: SAT) ระดับอำเภอและทีมปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team: RRT) ระดับอำเภอ, รายงานผลการประเมินของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี												
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) ครั้งที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)												
<p><b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b></p> <p>รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2566 – 28 กพ. 2567)</p> <p>รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2567- 15 ส.ค. 2567)</p> <p><b>ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเฝ้าระวังการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข</b></p> <p><u>ความสำเร็จระดับ 1</u> มีคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Situation Awareness Team: SAT) ระดับอำเภอ และทีมปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team: RRT) ระดับอำเภอ</p> <p><u>ความสำเร็จระดับ 2</u> มีการจัดระบบการเฝ้าระวังตามขั้นตอนที่กำหนด ได้แก่ การเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based surveillance) และการเฝ้าระวังในระบบรายงาน</p> <p><u>ความสำเร็จระดับ 3</u> มีการเฝ้าระวังตามระบบ ที่กำหนดไว้ตามความสำเร็จระดับ 2</p> <p><u>ความสำเร็จระดับ 4</u> มีการบันทึกผลการดำเนินงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Situation Awareness Team: SAT) ระดับอำเภอ และทีมปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team: RRT) ระดับอำเภอ</p> <p><u>ความสำเร็จระดับ 5</u> มีการรายงานผลการดำเนินงาน ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงเวลา</p> <p><b>การประเมินผล ปี 2567</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>เกณฑ์ประเมิน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>สำเร็จขั้นที่ 1</td> </tr> <tr> <td>2 คะแนน</td> <td>สำเร็จขั้นที่ 1 +2</td> </tr> <tr> <td>3 คะแนน</td> <td>สำเร็จขั้นที่ 1 +2 +3</td> </tr> <tr> <td>4 คะแนน</td> <td>สำเร็จขั้นที่ 1 +2 +3 + 4</td> </tr> <tr> <td>5 คะแนน</td> <td>สำเร็จขั้นที่ 1 +2 +3 +4 +5</td> </tr> </tbody> </table>		คะแนน	เกณฑ์ประเมิน	1 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1	2 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1 +2	3 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1 +2 +3	4 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1 +2 +3 + 4	5 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1 +2 +3 +4 +5
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน												
1 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1												
2 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1 +2												
3 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1 +2 +3												
4 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1 +2 +3 + 4												
5 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1 +2 +3 +4 +5												

วิธีการประเมินผล	ประเมินเชิงคุณภาพ, ตรวจสอบหลักฐาน ร่องรอยการปฏิบัติงาน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางดุष्ฎาภรณ์ ทาโคตร กลุ่มงานเภสัชกร 2.นางสาววาสนา ศรีพูล งานยุทธศาสตร์
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานเภสัชกรโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการบริการสาธารณสุขอำเภอ้ำเย็น

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 3	ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยง
โครงการที่ 3	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 19	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคแบบบูรณาการภายใต้ กลไกภาคีเครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร.
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคแบบบูรณาการภายใต้กลไกภาคีเครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร. เป็นการบูรณาการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภายใต้กลไกภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยการส่งต่อข้อมูล ประสานงาน ระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และหน่วยงานภาครัฐ ตลอดจนองค์กรอื่นๆที่มีบทบาทหน้าที่ในการคุ้มครองผู้บริโภค แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การตรวจสอบเฝ้าระวัง การปราบปรามการสร้างเครือข่าย และการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้</p> <p><b>ภาคีเครือข่าย 4 อ.</b> หมายถึง เครือข่ายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคซึ่งเป็นองค์กรที่มีภารกิจในงานคุ้มครองผู้บริโภค นอกเหนือจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.: อบจ./เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล/อบต.) อย.น้อย, อสม. และองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค</p> <p><b>องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค</b> หมายถึง องค์กรที่มีการรวมตัวของผู้บริโภคในจังหวัดอุบลราชธานี 10 คนขึ้นไป รวมตัวกันโดยมีวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองผู้บริโภคและไม่แสวงหากำไร ซึ่งเป็นที่ตั้งของ “ศูนย์แจ้งเตือนภัย เฝ้าระวัง รับเรื่องร้องเรียนตำบล” โดยมี รพ.สต. ที่เป็นที่ตั้งขององค์กรฯ เป็นพี่เลี้ยงระดับตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล เป็นพี่เลี้ยงระดับอำเภอ</p> <p><b>ภาคีเครือข่าย บวร.ร.</b> หมายถึง เครือข่ายแกนนำหลักของชุมชนที่มีส่วนสำคัญ มีผลต่อประชาชนในชุมชน ได้แก่ เครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล หรือ รพ.สต. ซึ่งเป็นสถานที่ บุคคล หรือหน่วยงานพื้นฐานที่ส่งเสริมให้เกิดความรู้และ</p>

พฤติกรรมของประชาชน โดยดำเนินกิจกรรมจากข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ปัญหา และบริบทของคนในชุมชน

**โดยมีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้**

1. **อปท.** ดำเนินการตามกรอบภารกิจที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ถ่ายโอนไว้ในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 ปี 2545 จำนวน 4 ภารกิจ ได้แก่ การผลิตสื่อและหรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและยา, การเสริมสร้างศักยภาพ ผู้บริโภคด้านความรู้ในการบริโภค, การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภค ในท้องถิ่น เช่น **อสม. อย.น้อย** และตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในสถานที่จำหน่ายตามที่ระบุใน พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ. 2522 และ พ.ร.บ. เครื่องสำอาง พ.ศ. 2558

2. **องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค** มีบทบาท 6 ภารกิจหลัก ได้แก่ ตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพ และโฆษณาด้านสุขภาพอันตราย, เป็นศูนย์แจ้งเตือนภัย เฝ้าระวัง รับเรื่องร้องเรียนตำบล, แจ้งเตือนภัย, เผยแพร่ความรู้, ประสานหน่วยงานรัฐเพื่อดำเนินการตามกฎหมาย และประสานสภาองค์กรผู้บริโภค

3. **บวร.ร.** ส่งเสริมให้เกิดความรู้และพฤติกรรมของประชาชน โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ปัญหา และบริบทของคนในชุมชน เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับความปลอดภัย

4. รับเรื่องร้องเรียนในชุมชน ตรวจสอบเฝ้าระวัง แจ้งเบาะแส ประสานงาน และส่งต่อข้อมูล ผลจากการติดตามเฝ้าระวัง ไปยังหน่วยงานภาครัฐ เพื่อจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพ และโฆษณาด้านสุขภาพอันตรายในพื้นที่

5. ขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยเชื่อมประสานการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (**เครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร.**) และหน่วยงานภาครัฐ ตลอดจนหน่วยงาน/องค์กร/คณะทำงานอื่นๆที่มีบทบาทหน้าที่ในการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้เกิดการทำงานที่มีการประสานรับและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

**กิจกรรมการดำเนินงาน** ซึ่งเป็นการวัดระดับความสำเร็จ ประกอบด้วย

1. มีเครือข่าย 4 อ. ในพื้นที่ อย่างน้อย 1 เครือข่าย
2. มีเครือข่าย บวร.ร. ในพื้นที่ อย่างน้อย 1 เครือข่าย
3. มีองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค อย่างน้อย อำเภอละ 1 องค์กร
4. มีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคตามภารกิจที่กำหนด อปท. จำนวน 4 ภารกิจ องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 6 ภารกิจ
5. มีการบันทึกผลการดำเนินงาน เครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร.
6. มีการรายงานผลการดำเนินงาน ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงเวลา

<b>เกณฑ์เป้าหมายปี 2567</b> การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคแบบบูรณาการภายใต้กลไกภาคีเครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร. มีระดับความสำเร็จในการดำเนินงานครบทุกขั้นตอน เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ เกิดการบูรณาการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภายใต้กลไกภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยการส่งต่อข้อมูล ประสานงาน ระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และหน่วยงานภาครัฐ ตลอดจนองค์กรอื่นๆที่มีบทบาทหน้าที่ในการคุ้มครองผู้บริโภค (ความสำเร็จระดับ 5)	
<b>วัตถุประสงค์</b>	สร้างเครือข่ายการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภายใต้กลไกภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ เครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร.
<b>กลุ่มเป้าหมาย</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เครือข่าย 4 อ. ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.: อบจ./เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล/อบต.) อย.น้อย, อสม. และองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค</li> <li>- เครือข่าย บวร.ร. ได้แก่ บ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล หรือ รพ.สต.</li> </ul>
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	ประเมินกระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ของการดำเนินงาน, รวบรวมรายงาน, หลักฐานเชิงประจักษ์ , ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม
<b>แหล่งข้อมูล</b>	รายงานผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพโดยเครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร., รายงานผลการประเมินของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ประเมิน 2 รอบ /ปี <u>ครั้งที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) <u>ครั้งที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)



## เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

ครั้งที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

ครั้งที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

### ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเฝ้าระวังการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

ความสำเร็จระดับ 1 มีภาคีเครือข่าย 4 อ. ในพื้นที่ อย่างน้อย 1 เครือข่าย มีเครือข่าย บวร.ร. ในพื้นที่ อย่างน้อย 1 เครือข่าย และมีองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค อย่างน้อย อำเภอละ 1 องค์กร

ความสำเร็จระดับ 2 มีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคตามภารกิจที่กำหนด อปท. จำนวน 4 ภารกิจ องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 6 ภารกิจ

ความสำเร็จระดับ 3 มีการบันทึกผลการดำเนินงาน เครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร.

ความสำเร็จระดับ 4 มีการรายงานผลการดำเนินงาน ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงเวลา

ความสำเร็จระดับ 5 มีแผนการพัฒนาและขยายเครือข่ายการทำงานองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค ในพื้นที่

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1
2 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2
3 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3
4 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3+4
5 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3+4+5

วิธีการประเมินผล	ประเมินเชิงคุณภาพ, ตรวจสอบหลักฐาน ร่องรอยการปฏิบัติงาน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางดุขฎาภรณ์ ทาโคตร กลุ่มงานเภสัชกร 2.นางสาววาสนา ศรีพิบูล งานยุทธศาสตร์
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานเภสัชกรโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการบริการสาธารณสุขอำเภอน้ำเย็น

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 3	ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยง
โครงการที่ 3	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 20	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร เป็นการปฏิบัติงานในการจัดการด้านอาหารให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ที่อยู่ในความรับผิดชอบ มีการดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งจะส่งผลโดยตรงให้อาหารปลอดภัย</p> <p>โดยมีกิจกรรมการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการวัดระดับความสำเร็จ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ และจัดทำแผนปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร กำหนดเป้าหมายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร มาตรฐานสถานที่ผลิต แหล่งจำหน่าย ของอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เพื่อป้องกัน แก้ไขปัญหา ความไม่ปลอดภัยด้านอาหาร</li> <li>2. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหารของอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ดังกล่าวได้แล้วเสร็จครบถ้วนร้อยละ 100</li> <li>3. ผลการตรวจประเมินสารปนเปื้อนในอาหาร สถานที่ผลิตอาหาร และผลิตภัณฑ์อาหาร ณ แหล่งจำหน่าย ตามแผนการตรวจสอบของอำเภอ <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 สารปนเปื้อนในวัตถุดิบอาหาร ณ สถานที่ประกอบการห้องเย็น แหล่งจำหน่ายในตลาดสด ร้านอาหาร (ร้านเนื้อย่าง ร้านแจ่วฮ้อน) ผ่านเกณฑ์ความปลอดภัยร้อยละ 80</li> <li>3.2 สถานที่ผลิตอาหารผ่านหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100</li> <li>3.3 ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป ณ แหล่งจำหน่าย ได้รับอนุญาตเลขสารบบอาหารร้อยละ 80</li> </ol> </li> <li>4. สรุปผลการดำเนินงานเกี่ยวกับแหล่งที่มาของอาหารที่ไม่ปลอดภัย และมาตรการ/ กิจกรรมที่ได้มีการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงแก้ไข</li> <li>5. จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหารของอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยระบุปัจจัยสนับสนุน ร้อยละของผลการดำเนินงานจากการตรวจประเมินสารปนเปื้อนในอาหาร/ สถานที่ผลิต/ ผลิตภัณฑ์อาหาร ณ แหล่งจำหน่าย ข้อมูลแสดงแหล่งที่มาของอาหารไม่ปลอดภัย มาตรการแก้ไขปัญหาดังกล่าว อุปสรรคในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแผนปฏิบัติการ สำหรับการดำเนินงานของอำเภอในปีถัดไป</li> </ol> <p>ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2567</p>

<b>เกณฑ์เป้าหมายปี 2567</b> มีการดำเนินงานระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร ทุกอำเภอ	
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ที่อยู่ในความรับผิดชอบ มีการดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และประชาชนได้รับความปลอดภัยจากการบริโภค
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• วัตถุประสงค์อาหาร ณ สถานประกอบการห้องเย็น แผงจำหน่ายในตลาดสด ร้านอาหาร (ร้านเนื้อย่าง ร้านแจ่วฮ้อน)</li> <li>• สถานที่ผลิตอาหารแปรรูป</li> <li>• ผลิตภัณฑ์อาหาร ณ ร้านจำหน่าย (แหล่งท่องเที่ยว)</li> </ul>
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	ประเมินกระบวนการทำงาน ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน และการรายงานผลการดำเนินงาน
<b>แหล่งข้อมูล</b>	รายงานผลการประเมินของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	รอบที่ 1 ( 1 ตค.66 – 28 กพ.67) รอบที่ 2 ( 1 เมย. 66 – 15 สค.67)

**เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567**

รอบที่ 1 (1 ตค.66 – 28 กพ.67)

รอบที่ 2 (1 เมย. 66 – 15 สค.67)

**ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร**

ความสำเร็จระดับ 1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและจัดทำแผนปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหารของอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ความสำเร็จระดับ 2 ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหารของอำเภอ

ความสำเร็จระดับ 3 ผลการตรวจประเมินสารปนเปื้อนในอาหาร สถานที่ผลิตอาหาร และผลิตภัณฑ์อาหาร ณ แหล่งจำหน่าย ตามแผนการตรวจสอบของอำเภอ

ความสำเร็จระดับ 4 สรุปผลการดำเนินงานเกี่ยวกับแหล่งที่มาของอาหารที่ไม่ปลอดภัย และมาตรการ/กิจกรรมที่ได้มีการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงแก้ไข

ความสำเร็จระดับ 5 จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหารของอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1
2 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2
3 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3
4 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3+4
5 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3+4+5

<b>วิธีการประเมินผล</b>	ประเมินเชิงคุณภาพ, ตรวจสอบหลักฐาน ร่องรอยการปฏิบัติงาน
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	1.นางดุขฎาภรณ์ ทาโคตร กลุ่มงานเภสัชกร 2.นางสาววาสนา ศรีพูล งานยุทธศาสตร์
<b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล</b>	กลุ่มงานเภสัชกรโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการบริการสาธารณสุขอำเภอน้ำเย็น

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 4	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่ 1	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ตัวชี้วัดที่ R 21	ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน นโยบายเมืองสุขภาพดี Healthy City

คำถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน		
คำเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5		
คำนิยาม	<p><b>เมืองสุขภาพดี (Healthy City)</b> หมายถึง เมืองที่มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ และสังคมอย่างต่อเนื่อง และขยายฐานทรัพยากรชุมชนด้วยการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ในการดำรงชีวิต และช่วยให้ประชาชนมีศักยภาพสูงสุดในการดำรงชีวิต ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ Healthy Environments (สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ) Healthy Settings (สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ) และ Healthy People (ประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี) ประกอบด้วย 18 ประเด็น 22 ตัวชี้วัด โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อให้เกิดการยกระดับเมืองที่เอื้อให้ประชาชนมีสุขภาพดี สร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ดังรายละเอียดในตาราง</p>		
	<p><b>สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environments)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. นโยบายหรือแผนพัฒนาท้องถิ่นด้านสิ่งแวดล้อม</li> <li>2. พื้นที่สาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี</li> <li>3. การจัดการมูลฝอย และสิ่งปฏิกูล</li> <li>4. การจัดการน้ำบริโภค</li> <li>5. การจัดการเรื่องร้องเรียน และเหตุรำคาญ</li> <li>6. คุณภาพอากาศ</li> <li>7. สาธารณภัย</li> </ol>	<p><b>สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Settings)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. บ้านพักอาศัย</li> <li>2. ตลาด</li> <li>3. ร้านอาหาร</li> <li>4. ส้วมสาธารณะ</li> <li>5. ศาสนสถาน</li> <li>6. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย</li> <li>7. สถานศึกษา</li> </ol>	<p><b>ประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี (Healthy People)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย</li> <li>2. การรวมกลุ่มทางสังคม</li> <li>3. การสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพ</li> <li>4. ประชาชนสุขภาพดีทุกกลุ่มวัย</li> </ol>
<p><b>แนวทางการวัดระดับเมืองสุขภาพดี :</b></p>			
<b>ระดับทองแดง</b>	ผ่านตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (16 ข้อ จาก 19 ข้อ)		
<b>ระดับเงิน</b>	ผ่านตัวชี้วัดระดับดี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (16 ข้อ จาก 19 ข้อ)		
<b>ระดับทอง</b>	ผ่านตัวชี้วัด ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (18 ข้อ จาก 22 ข้อ)		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
เทศบาลนครและเทศบาลเมืองทุกแห่งผ่านเกณฑ์	เทศบาลตำบล/อบต. อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่งผ่านเกณฑ์	เทศบาลตำบล/อบต. อย่างน้อยอำเภอละ 2 แห่งผ่านเกณฑ์	

วัตถุประสงค์	1. เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาสู่ความเท่าเทียมด้านสุขภาพของประชาชน 2. เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3. เพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Supportive Environment) ด้วยการบูรณาการแบบองค์รวม		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอุบลราชธานี (239 แห่ง)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตามแบบประเมินมาตรฐานเมืองสุขภาพดี (Healthy City) และผลการประเมินจากคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด/ระดับเขต		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านเกณฑ์		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A*100)/B$		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน		
การติดตามรายไตรมาส			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1. ประเมินตนเอง 2. ทำแผนพัฒนาส่วน ขาดและดำเนินการ ตามแผน	3. ดำเนินการพัฒนา ส่วนขาด	4. เตรียมรับการประเมิน ก่อนประเมินจริง	5. ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ที่กำหนด

## เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

วิธีการประเมินผล (5 คะแนน)

รอบที่ 1 (1 ต.ค.66 – 28 กพ.67)

รอบที่ 2 (1 เมย.67 – 15 สค.67)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
0.5 คะแนน	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งเสริมและแบบประเมินตนเองตามมาตรฐานเมืองสุขภาพดี (Healthy City) อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง
0.5 คะแนน	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขอรับประเมินตามมาตรฐานเมืองสุขภาพดี (Healthy City) อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง
2 คะแนน	ผ่านการประเมินระดับทองแดง
1 คะแนน	ผ่านการประเมินระดับเงิน
1 คะแนน	ผ่านการประเมินระดับทอง

วิธีการประเมิน:	ประเมินตามมาตรฐาน เมืองสุขภาพดี (Healthy City) และผลการประเมินจากคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด/ระดับเขต
เอกสารสนับสนุน	1. คู่มือการดำเนินงานสู่เมืองสุขภาพดี ประจำปีงบประมาณ 2567 2. แบบประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ 3. แบบประเมินศาสนสถาน 4. แบบประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์ 5. แบบประเมินการจัดการและตรวจสอบคุณภาพตู้น้ำหยอดเหรียญ 6. คู่มือโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล 7. คู่มือแนวทางการออกคำสั่งทางปกครอง 8. คู่มือการปฏิบัติงานควบคุมกิจการ 9. เกณฑ์มาตรฐานตลาดสดน้ำซื่อ วิธีใหม่
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวบัณฑิตา พัฒน์ บริการปฐมภูมิและองค์กรรวม 2. นางสาวยุวดี ศรีรวีตร งานควบคุมโรค
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวมโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำเย็น

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 4	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่ 1	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ตัวชี้วัดที่ R 22	การพัฒนาสถานบริการสุขภาพตามมาตรฐาน EMS :(Environment Modernized Smart Service)
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 22.1	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ร้อยละ 60
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&amp;CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลมีกระบวนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการใช้สุขภาพดีแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้รับบริการ ญาติ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล</p> <p>กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย การกำหนดนโยบาย จัดทำ แผนการขับเคลื่อนพัฒนา ศักยภาพ และสร้าง กระบวนการสื่อสารให้เกิด การพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN &amp; CLEAN Hospital Challenge อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร C: Communication L: Leader E: Effectiveness A: Activity N: Network ตามเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง มีการสร้างนวัตกรรมด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม และขยายสู่ชุมชน เป็น Green Community</p> <p>การพัฒนาในระดับ GREEN&amp;CLEAN Hospital Challenge หมายถึง คะแนนในการดำเนินงานเต็ม 270 คะแนน แบ่งการประเมินเป็น</p> <p>1.ระดับมาตรฐาน (Standard) CLEAN + GREEN (13 ข้อ) 220 (80%) 176 ขึ้นไป ต้องมีผลการดำเนินงานแต่ละหมวด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80</p> <p>2.ระดับดีเยี่ยม (Excellent) CLEAN + GREEN + Innovation + Network (15 ข้อ) 270 (90%) 243 ขึ้นไป ประเด็นงานที่ต้องดำเนินการตาม กฎหมายต้องผ่านการดำเนินงานทั้งหมด</p> <p>3.ระดับท้าทาย (Challenge) ประกอบด้วย 4 ประเด็น โรงพยาบาลเลือกประเด็น ดังนี้</p> <p>3.1 Low Carbon and Climate Resilient Health Care</p> <p>3.2 มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลระดับดีขึ้นไป (Environment)</p> <p>3.3 การจัดการพลังงานในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (Energy)</p> <p>3.4 การจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาล (Garbage)</p>



เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 30 (8 แห่ง)	ร้อยละ 60 (18 แห่ง)	ร้อยละ 80 (24 แห่ง)	ร้อยละ 100 (29 แห่ง)
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อส่งเสริมและยกระดับให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ GREEN&CLEAN Hospital Challenge เป็นไปตามกฎหมาย มาตรฐานวิชาการ และยกระดับการพัฒนาต่อยอดสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน		
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง (29 แห่ง)		
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	ตามแบบประเมินมาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge และผลการประเมินจากคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด		
<b>แหล่งข้อมูล</b>	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย		
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด		
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป		
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$A/B \times 100$		
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	รอบ 6 เดือน /รอบ 12 เดือน		
<b>การติดตามรายไตรมาส</b>			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1.ประเมินตนเอง 2.ทำแผนพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital Challenge และดำเนินการตามแผน	3.ดำเนินงานตามแผน ต่อเนื่องและรับการประเมิน 4.พัฒนา/ปรับปรุงแก้ไขตามส่วนขาดอย่างต่อเนื่อง	5.ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด	6.ประเมินรอบที่ 2 ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 60
<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b>			
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)			
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)			
(คะแนนเต็ม 5 คะแนน)			
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน		
0.5 คะแนน	มีแผนพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital Challenge		
0.5 คะแนน	มีผลการประเมินตนเอง GREEN&CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป		
0.5 คะแนน	ขอรับการตรวจประเมิน GREEN&CLEAN Hospital Challenge		
3 คะแนน	ผ่านการประเมินระดับมาตรฐานขึ้นไป		
0.5 คะแนน	ผ่านการประเมินระดับท้าทาย		
<b>เอกสารสนับสนุน</b>	1.คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge (GCHC) สำหรับโรงพยาบาล		

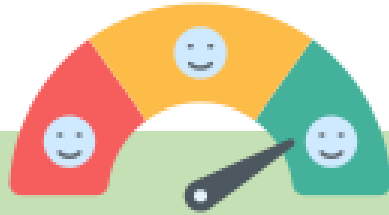
	2.แนวทางการจัดการมูลฝอยทุกประเภท 3.แนวทางการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานและการจัดการสิ่งปฏิกูล 4.แนวทางการจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร 5.แนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย 6.คู่มือการจัดการบริการอาชีวอนามัยในสถานพยาบาล 7.การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN											
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data</b>												
Based line data	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ปีงบประมาณ (พ.ศ.)</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>65.5</td> </tr> </tbody> </table>	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			2564	2565	2566	ร้อยละ	-	-	65.5
หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)											
	2564	2565	2566									
ร้อยละ	-	-	65.5									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวบัณฑิตา พัฒนี บริการปฐมภูมิและองค์กรรวม 2. นางสาวยุวดี ศรีรั้วตร งานควบคุมโรค											
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวมโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองน้ำเย็น											
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 22.2	<b>ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&amp;CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)</b>											
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	<b>1 คะแนน</b>											
ค่าเป้าหมายปี 2567	<b>ร้อยละ 50</b>											
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&amp;CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีกระบวนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้รับบริการ ญาติ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยมุ่งส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการดำเนินงานที่เป็น มิตรกับสิ่งแวดล้อม เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ชุมชน</p> <p>ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินนี้แบ่งออกเป็น 7 หมวด</p> <p><b>ส่วนที่ 1 การพัฒนา GREEN &amp; CLEAN รพ.สต.</b></p> <p>หมวด 1 CLEAN : การสร้างกระบวนการพัฒนา (ข้อ 1) 5 คะแนน          หมวด 2 G : GARBAGE การจัดการมูลฝอยทุกประเภท (ข้อ 2-4) 20 คะแนน          หมวด 3 R : RESTROOM การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและการจัดการสิ่งปฏิกูล (ข้อ 5-6) 15 คะแนน</p>											

	<p>หมวด 4 E : ENERGY การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร (ข้อ 7) 15 คะแนน</p> <p>หมวด 5 E : ENVIRONMENT การจัดการสิ่งแวดล้อมใน รพ.สต.(ข้อ 8-10) 25 คะแนน</p> <p>หมวด 6 N : NUTRITION การส่งเสริมด้านอาหารและน้ำปลอดภัยและปลอดภัยและเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับชุมชน (ข้อ 11-13) 20 คะแนน รวม 100 คะแนน</p> <p><b>ส่วนที่ 2 การพัฒนา GREEN Community</b></p> <p>หมวด 7 การพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community (ข้อ 14)</p> <p><b>ผลการประเมิน</b></p> <p><b>1. ระดับมาตรฐาน</b> หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 80 คะแนนขึ้นไป (80-89 คะแนน)</p> <p><b>2. ระดับดี</b> หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 90 คะแนนขึ้นไป (90-94 คะแนน)</p> <p><b>3. ระดับดีเยี่ยม</b> หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 95 คะแนนขึ้นไป และ ดำเนินการตามหมวด 7</p> <p>*กรณีที่ ผลการประเมินแต่ละหมวดไม่ถึงร้อยละ 80 และคะแนนไม่ถึง 80 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่านการประเมิน</p>
--	--

<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 50 (131 แห่ง)	ร้อยละ 80 (212 แห่ง)	ร้อยละ 95 (250 แห่ง)	-

<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการดำเนินงานที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและเกิดการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นมาตรฐานเดียวกัน เชื่อมต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม สอดคล้องกับการขยายผลการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข ตามโครงการ GREEN&CLEAN Hospital สุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความตระหนักและลดมลพิษเกี่ยวกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชน และสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ชุมชน
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยังไม่ถ่ายโอนจำนวน 262 แห่งจากทั้งหมด 317 แห่ง
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	แบบประเมินตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) และผลการประเมินจากคณะกรรมการระดับจังหวัด
<b>แหล่งข้อมูล</b>	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด(ที่ยังไม่ถ่ายโอน)
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B*100			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 เดือน /รอบ 12 เดือน			
<b>การติดตามรายไตรมาส</b>				
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	
1.ประเมินตนเอง 2.ทำแผนพัฒนา GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) และดำเนินการตามแผน	3.ดำเนินงานตามแผน ต่อเนื่องและรับการประเมิน 4.พัฒนา/ปรับปรุงแก้ไขตาม ส่วนขาดอย่างต่อเนื่อง	5.ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่ กำหนด	6.ประเมินรอบที่ 2 ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 50	
<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b> วิธีการประเมินผล (5 คะแนน)				
รอบที่ 1 (1 ต.ค. 66 – 28 กพ.67)				
รอบที่ 2 (1 เม.ย. 67 – 15 ส.ค.67)				
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน			
0.5 คะแนน	มีการสื่อสารหรือประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานภายในองค์กรและสรุปรายงานการประชุม			
0.5 คะแนน	มีแผนพัฒนา GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh)			
0.5 คะแนน	มีผลการประเมินตนเอง GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป			
1 คะแนน	ขอรับการตรวจประเมิน GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh)			
2.5 คะแนน	ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านการประเมินระดับมาตรฐานขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 50			
	- มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 = <u>2.5 คะแนน</u>			
	- ผ่านร้อยละ 30 – 49 = <u>1.5 คะแนน</u>			
	- ผ่านร้อยละ 10 – 29 = <u>1 คะแนน</u>			
	- ผ่านต่ำกว่าร้อยละ 9 = <u>0 คะแนน</u>			
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data</b>				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ผลการประเมินผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	-	-	30
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวบัณฑิตา พัฒน์ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม 2. นางสาวยุวดี ศรีวัตร งานควบคุมโรค			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วมโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำเย็น			



## ยุทธศาสตร์ที่ 2

# Service Excellence Strategy

(บริการเป็นเลิศ)



## ยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 5	พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ตัวชี้วัดที่ R 23	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p><b>หน่วยบริการปฐมภูมิ</b> หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562</p> <p><b>เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ</b> หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รวมตัวกัน และขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562</p> <p><b>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)</b> หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU รพ.)</p> <p><b>มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</b> หมายถึง การพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่กำหนด ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"><li>ส่วนที่ 1 ด้านบริหารจัดการ</li><li>ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ</li><li>ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม</li><li>ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ</li><li>ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ</li><li>ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข</li><li>ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค</li><li>ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</li></ul> <p>โดยมีการแปลผลการผ่านเกณฑ์คุณภาพ ฯ ดังนี้</p> <p><b>ในส่วนที่ 1 - ส่วนที่ 4 (ต้องผ่านเกณฑ์ทุกข้อ)</b></p> <p><b>ในส่วนที่ 5 - ส่วนที่ 8 (ต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ทุกข้อ)</b></p> <p><b>การรับรองผล</b> จังหวัดและเขตสุขภาพร่วมพัฒนาและรับรองผลหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>

ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยรักษาสภาพ 3 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่
--

<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>				
หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์คุณภาพ				
กระบวนการ	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
Accreditation (สะสม)	ร้อยละ 30	ร้อยละ 75	ร้อยละ 85	ร้อยละ 100
มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบสะสม ร้อยละ 85				
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้มีคุณภาพ			
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งในจังหวัด			
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล, <ul style="list-style-type: none"> <li>- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง)</li> <li>- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง)</li> <li>- เขตสุขภาพ ตรวจสอบและส่งผลการประเมินผ่านโปรแกรมมายังสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผ่านระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (<a href="http://gishealth.moph.go.th/pcu">http://gishealth.moph.go.th/pcu</a>)</li> </ul>			
<b>แหล่งข้อมูล</b>	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประเมินตนเอง, ประเมินและรับรองผลโดยทีมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ( <a href="http://gishealth.moph.go.th/pcu">http://gishealth.moph.go.th/pcu</a> )			
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)			
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานจากระบบทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (GIS Health/PCU)			
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	ฐานตั้งต้น 2567 = A - B C = (A - B)			
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส 3 - 4			

**การติดตามรายไตรมาส ปี 2567**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน (Kick off) ระดับประเทศ</p> <p>2. อบรมเชิงปฏิบัติการ คณะทำงานพัฒนาและ ประเมินคุณภาพ มาตรฐานบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ ระดับเขตสุขภาพ (ครู ก) จำนวน 1 ครั้ง/ปี</p> <p>3. มีคู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2566</p> <p>4. หน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. ประเมินตนเอง พร้อมบันทึกข้อมูลในระบบ ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (<a href="http://gishealth.moph.go.th/pcu">http://gishealth.moph.go.th/pcu</a>)</p>	<p>1. อบรมเชิงปฏิบัติการ คณะทำงานพัฒนาและประเมิน คุณภาพมาตรฐานระดับจังหวัด (ครู ข) อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 ครั้ง และระดับอำเภอ อย่างน้อยจังหวัด ละ 1 ครั้ง</p> <p>2. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนา และประเมินคุณภาพ มาตรฐานฯ ระดับจังหวัด 1 ทีม/จังหวัด ระดับอำเภอ 1 ทีม/อำเภอ</p> <p>3. มีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอเพื่อ พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ และ รพ.สต. ทุกแห่ง ร้อยละ 100</p> <p>4. สสอ./สสจ. ตรวจสอบข้อมูล การบันทึกการประเมินตนเอง ของ หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ และรพ.สต. ในโปรแกรม <a href="http://gishealth.moph.go.th/pcu">http://gishealth.moph.go.th/pcu</a> เพื่อวางแผนการ พัฒนา</p>	<p>1. หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ และ รพ.สต. (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) ได้รับความ พัฒนาโดยทีมพี่เลี้ยง ระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด</p> <p>2. คณะกรรมการประเมินระดับ อำเภอ ประเมิน</p> <p>3. คณะกรรมการประเมินระดับ จังหวัด ประเมินและรับรองผล</p> <p>4. คณะกรรมการประเมินระดับ เขต ประเมินรับรองผลและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในภาพของ จังหวัด</p> <p>5. สสอ./สสจ./เขต ตรวจสอบข้อมูล ส่งผลการประเมินมายังสำนัก สนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) ผ่านโปรแกรม <a href="http://gishealth.moph.go.th/pcu">http://gishealth.moph.go.th/pcu</a></p>	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ มาตรฐานบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ สะสมร้อยละ 85</p>

**เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:**

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

ขั้นตอน	เกณฑ์ประเมิน
ขั้นที่ 1	1.รับทราบนโยบายการดำเนินงานและมีถ่ายทอดนโยบายแก่หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมายการพัฒนาตนเองตามคู่มือ คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2566



	2. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและกำหนดพื้นที่เป้าหมายในระดับอำเภอ 3. คำสั่งแต่งตั้งทีมขับเคลื่อนพัฒนางานและทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ
--	---

ชั้นที่ 2	1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป้าหมายดำเนินการพัฒนาตนเองตามเกณฑ์ 2. มีการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ครบทุกแห่ง และกรอกข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ หน่วยบริการปฐมภูมิ (GIS-Health)
ชั้นที่ 4	1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรวจสอบและแก้ไข, 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบและแก้ไข
ชั้นที่ 5	1. ทีมประเมินระดับจังหวัดออกประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย 2. ดำเนินการครบถ้วนและหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 85 (ของแต่ละอำเภอ)

#### การประเมินผล

ชั้นที่	ชั้นที่ 1	ชั้นที่ 2	ชั้นที่ 3	ชั้นที่ 4	ชั้นที่ 5
1 คะแนน	✓				
2 คะแนน	✓	✓			
3 คะแนน	✓	✓	✓		
4 คะแนน	✓	✓	✓	✓	
5 คะแนน	✓	✓	✓	✓	✓

<b>วิธีการประเมินผล:</b>	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขตสุขภาพ
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/          ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นางรัชณี ทองเนตร กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม นางสาวปาณิศรา ยานิพันธ์ งานโรคไม่ติดต่อ
<b>หน่วยงานประมวลผล          และจัดทำข้อมูล</b>	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวมโรงพยาบาลน่ายืน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน่ายืน

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence		
แผนงานที่ 5	พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ		
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ		
ตัวชี้วัดที่ R 24	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Health Station		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน		
ค่าเป้าหมายปี 2567	<b>ความสำเร็จระดับ 5</b> 1.ดำเนินการ Health Station ทุกหมู่บ้าน/ ชุมชน (ระดับพื้นฐาน) 2.ดำเนินการ Health Station ต้นแบบ ตำบลละ 1 แห่ง (ระดับดี) 3.ดำเนินการ Health Station ต้นแบบ อำเภอละ 1 แห่ง (ระดับดีเยี่ยม)		
คำนิยาม	<b>สถานีสุภาพในชุมชน (Health Station) หมายถึง</b> 1) จุดบริการงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 กิจกรรม โดยเริ่มจากจุดคัดกรองสุขภาพของตนเองในชุมชน คัดกรองสุขภาพของกลุ่มปกติ เสี่ยง สงสัยป่วย กลุ่มป่วย และส่งต่อกลุ่มป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา 2) ศูนย์การพัฒนาสุขภาพชุมชน การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) ศูนย์การพัฒนาศักยภาพ อสม. และภาคีเครือข่ายสุขภาพประชาชน เชื่อมต่อข้อมูลกับสถานบริการสุขภาพของรัฐ ด้วยเทคโนโลยี ดิจิทัล และมีการจัดสภาพแวดล้อมตามบริบทของพื้นที่ ให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ สะอาด ปลอดภัย ด้วยอุปกรณ์ที่จำเป็น ทันสมัย ด้วยความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ และภาคีเครือข่าย หรืออีกชื่อหนึ่งเรียกว่า ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน (ศสมช.) ซึ่งมีการจัด ศสมช. ตามเกณฑ์มาตรฐาน ศสมช. 5 หมวด ดังนี้ 1.การบริหารจัดการ 2.การจัดอัตรากำลังและพัฒนาบุคลากร 3.ยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ 4.การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน 5.การสร้างการมีส่วนร่วมและการจัดการสุขภาพชุมชน		
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน ร้อยละ 70	ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน ร้อยละ 75	ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน ร้อยละ 85	-
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนา Health Station ทุกหมู่บ้าน/ ชุมชน ให้ผ่านตามเกณฑ์		

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ดำเนินการ Health Station ทุกหมู่บ้าน/ ชุมชน (ระดับพื้นฐาน ผ่าน 15 ข้อ) 2. ดำเนินการ Health Station ต้นแบบ ตำบล ละ 1 แห่ง (ระดับดี ผ่าน 25 ข้อ) 3. ดำเนินการ Health Station ต้นแบบ อำเภอ ละ 1 แห่ง (ระดับดีเยี่ยม ผ่าน 30 ข้อ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลงานรายไตรมาส
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงาน Health Station จากทุกหมู่บ้าน/ชุมชน/ ตำบล/ อำเภอ
รายการข้อมูล 1	A =จำนวน Health Station จากทุกหมู่บ้าน/ชุมชน/ ตำบล/ อำเภอ ที่มีผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จ ระดับ 5 คะแนน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน Health Station จากทุกหมู่บ้าน/ชุมชน ทุกแห่ง
รายการข้อมูล 3	C = จำนวน Health Station ระดับ อำเภอ ที่มีผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จ ระดับ 5 คะแนน
รายการข้อมูล 4	D = จำนวน Health Station จากทุกหมู่บ้าน/ชุมชน ทุกแห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	1.จำนวน Health Station ผ่านเกณฑ์ = $(A/B) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	2.จำนวน Health Station ระดับ อำเภอ ดีเยี่ยม = $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

**เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:**

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ดำเนินการได้ ข้อที่ 1	ดำเนินการได้ ข้อที่ 1+2	ดำเนินการได้ ข้อที่ 1+2+3	ดำเนินการได้ ข้อที่ 1+2+3+4	ดำเนินการได้ ทั้ง 5 ข้อ

สูตรคิดคะแนนรวมหมวด = คะแนนรวมรายข้อที่ได้ / คะแนนเต็มรวมหมวด

นำคะแนนรวมหมวดที่ได้รวมกัน = (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
ข้อที่ 1	<p><b>หมวดที่ 1 : การบริหารจัดการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) (ข้อละ 1 คะแนน)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>มีคณะกรรมการ/ ทีมงานในการดำเนินงาน ศสมช. ตามบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน และมีการประชุมติดตามการดำเนินงาน</li> <li>สถานที่ตั้งเป็นสัดส่วน มีความเหมาะสม ปลอดภัย สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ มีป้ายชื่อ ศสมช. ที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน พร้อมทั้งมีอ่างล้างมือ</li> <li>มีการจัดตั้งกองทุน เช่น กองทุนยา กองทุนช่วยเหลือประชาชน และคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนฯ</li> <li>มีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้ประชาชนได้รับรู้</li> <li>มีการเก็บบันทึกข้อมูลพื้นฐานชุมชน เช่น แผนที่ชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชน ข้อมูลประชากร ข้อมูลสุขภาพของชุมชน ข้อมูลประวัติผู้มารับบริการลงสมุดบันทึก</li> </ol>

<p>ข้อที่ 2</p>	<p><u>หมวดที่ 2 : การจัดอัตราค่าจ้าง และการพัฒนาบุคลากร (ข้อละ 1 คะแนน)</u></p> <p>6. มีการกำหนดตาราง/ เวลาให้ อสม. หมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่ ศสมช.</p> <p>7. มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติงาน อสม. โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง</p> <p>8. มีแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะ ในการให้บริการด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และพัฒนา อสม. สื่อสาร, อสม. สื่อสารดิจิทัล, การใช้แอปพลิเคชันต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ สมาร์ท อสม. เป็นต้น</p> <p>9. มีการใช้คู่มือ หรือแนวทางปฏิบัติทางวิชาการในการให้บริการสุขภาพ</p> <p>10. มีการบันทึกผลการให้บริการ จัดทำรายงานและสามารถสืบค้นได้</p>
<p>ข้อที่ 3</p>	<p><u>หมวดที่ 3 : การใช้ยา เวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือ (ข้อละ 1 คะแนน)</u></p> <p>11. มีการจัดเตรียมยา เวชภัณฑ์ที่จำเป็นไว้ใน ศสมช. เพื่อให้บริการ และสามารถใช้ได้ อย่างถูกต้อง</p> <p>12. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา</p> <p>13. เทอร์โมสแกน/ พรอทวัดไข้ พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา</p> <p>14. เครื่องชั่งน้ำหนัก และสายวัดรอบเอว พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา</p> <p>15. ที่เจาะเลือดปลายนิ้ว พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา</p>
<p>ข้อที่ 4</p>	<p><u>หมวดที่ 4 : การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน ตามประเด็น 14 กิจกรรมหลัก หรือตามสภาพ ปัญหาและตามความต้องการของพื้นที่ (ข้อละ 1 คะแนน)</u></p> <p>16. การปฐมพยาบาล รักษาพยาบาลเบื้องต้น</p> <p>17. การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน</p> <p>18. การให้สุขศึกษา และองค์ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน</p> <p>19. การคัดกรองสุขภาพประชาชน 35 ปีขึ้นไป การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับทีมหมอครอบครัวและเครือข่าย</p> <p>20. การบริการภูมิปัญญาไทย สมุนไพร การให้ความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์การใช้ยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา</p>
<p>ข้อที่ 5</p>	<p><u>หมวดที่ 5 : การสร้างการมีส่วนร่วมและการจัดการสุขภาพชุมชน (ข้อละ 1 คะแนน)</u></p> <p>21. มีการนำข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนในชุมชน การให้บริการสุขภาพใน ศสมช. และอื่นๆ ไปใช้ในการวางแผนด้านสุขภาพ</p> <p>22. มีการใช้ ศสมช. เป็นศูนย์ปฏิบัติงาน ประชุมวางแผนการพัฒนาด้านสุขภาพ</p> <p>23. มีแผนพัฒนาสุขภาพ/แก้ไขปัญหาสุขภาพ พร้อมทั้งจัดกิจกรรมรณรงค์แก้ไขปัญหาสุขภาพ ตามปฏิทินสาธารณสุขชุมชน</p> <p>24. มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นแหล่งเรียนรู้ในชุมชน</p> <p>25. มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของ ศสมช.</p> <p>26. มีระบบฐานข้อมูลออนไลน์ สามารถสืบค้นได้</p> <p>27. มีการบูรณาการกับ พชอ.</p>

	28. มีการยกระดับขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพชุมชน (สมัชชา/ ธรรมนูญ) 29. มีนวัตกรรม/ โครงการเด่น/ งานวิชาการเด่น/ ที่เชื่อมการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ 30. มีการขยายผลการดำเนินไปสู่พื้นที่อื่น ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เครือข่าย
เอกสารสนับสนุน/ แหล่งข้อมูล	1.เกณฑ์มาตรฐาน ศสมช. 5 หมวด 2.แหล่งข้อมูลเว็บไซต์ ออนไลน์
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางรัชณี ทองเนตร กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม นางสาวปาณิศรา ยานิพันธ์ งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วมโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและการบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำเย็น

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 5	พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่ 2	โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพและ อสม.
ตัวชี้วัดที่ R 25	ระดับความสำเร็จของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p><b>ชุมชน</b> หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยมีหลายหมู่บ้านรวมกัน ตามมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติ ลักษณะปกครองท้องที่ พุทธศักราช 2547</p> <p>ชุมชนเป้าหมาย หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ และโรงเรียนสุขบัญญัติฯ ซึ่งกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 219 ตำบล</p> <p><b>การจัดการสุขภาพ</b> หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ตามประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ด้วยกระบวนการ TPAR ประกอบด้วย สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result) โดยใช้รูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ ขับเคลื่อนผ่านทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชน</p> <p><b>ทีมเครือข่ายสุขภาพ</b> หมายถึง ทีมภาคีเครือข่ายที่ร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย รพ.สต. อบต. โรงเรียน แกนนำสุขภาพ (อสม./ยุว อสม.) และเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง</p>

	พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน หมายถึง จังหวัดอุบลราชธานี มีตำบล 219 ตำบล มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามกระบวนการ TPAR โดยมีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ ระดับพัฒนาขึ้นไป ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40 ในตำบล			
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>				
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	
ร้อยละ 80 (176 ตำบล)	ร้อยละ 90 (198 ตำบล)	ร้อยละ 90 (198 ตำบล)	-	
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อให้ชุมชนเป็นฐานในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่			
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ตำบลที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพประชาชน จำนวน 219 ตำบล			
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	1. การรายงานผลการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2. การประเมินชุมชนจัดการสุขภาพ จากระบบ Health Gate			
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ระบบการประเมินการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate ( <a href="http://healthgate.hss.moph.go.th">healthgate.hss.moph.go.th</a> )			
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = ตำบลที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด			
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = ตำบลเป้าหมายทั้งหมด (219 ตำบล)			
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$			
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2567			
<p style="text-align: center;"><b>แนวทางประเมินการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน (TPAR)</b></p> <p>1. T (TEAM) มีการสร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคท้องถิ่น</p> <p>2. P (PLAN) มีการจัดทำแผนการดำเนินงานสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน ทั้งในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ ตามบริบทของตำบล และมีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี</p> <p>3. A (ACTIVITY) มีกิจกรรมที่ดำเนินการสอดคล้องกับสภาพปัญหาของชุมชน หมู่บ้านและโรงเรียน ประกอบด้วย มีกิจกรรมการเรียนรู้ ฝึกทักษะสุขภาพที่จำเป็น และจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหา หรือตามบริบทของตำบล โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย</p>				

## สุขภาพ

4. R (RESULT) มีผลลัพธ์ที่ชัดเจนตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยใช้รูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีบุคคลต้นแบบ และมีนวัตกรรมสุขภาพ

ปี 2567 เป้าหมาย 219 ตำบล ร้อยละชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน

## เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 ( 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 ( 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"><li>1. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน</li><li>2. มีแผนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ และกำหนดเป้าหมายประเด็นที่เป็นปัญหาสุขภาพอย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง</li></ol>
2 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"><li>1. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน</li><li>2. มีแผนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ และกำหนดเป้าหมายประเด็นที่เป็นปัญหาสุขภาพอย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง</li><li>3. มีแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ</li><li>4. มีทีมพี่เลี้ยงแกนนำเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และตำบล</li><li>5. มีการพัฒนาศักยภาพนักจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับอำเภอ</li></ol>
3 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"><li>1. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน</li><li>2. มีแผนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ และกำหนดเป้าหมายประเด็นที่เป็นปัญหาสุขภาพอย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง</li><li>3. มีแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ</li><li>4. มีทีมพี่เลี้ยงแกนนำเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และตำบล</li><li>5. มีการพัฒนาศักยภาพนักจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับอำเภอ และระดับตำบล</li><li>6. ชุมชนดำเนินงานจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และประเมินชุมชนจัดการสุขภาพในโปรแกรม Health Gate ร้อยละ 40</li></ol>

4 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน</li> <li>2. มีแผนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ และกำหนดเป้าหมายประเด็นที่เป็นปัญหาสุขภาพอย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง</li> <li>3. มีแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ</li> <li>4. มีทีมพี่เลี้ยงแกนนำเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และตำบล</li> <li>5. มีการพัฒนาศักยภาพนักจัดการความรู้ด้านสุขภาพระดับอำเภอ และระดับตำบล</li> <li>6. ชุมชนดำเนินงานจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และประเมินชุมชนจัดการสุขภาพในโปรแกรม Health Gate ร้อยละ 70</li> </ol>
5 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน</li> <li>2. มีแผนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ และกำหนดเป้าหมายประเด็นที่เป็นปัญหาสุขภาพอย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง</li> <li>3. มีแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ</li> <li>4. มีทีมพี่เลี้ยงแกนนำเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และตำบล</li> <li>5. มีการพัฒนาศักยภาพนักจัดการความรู้ด้านสุขภาพระดับอำเภอ และระดับตำบล</li> <li>6. ประชาชนกลุ่มวัยเรียน (อายุ 7-14 ปี ) และประชาชนกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15 ปีขึ้นไป) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพอใช้ ร้อยละ 80</li> <li>7. ชุมชนดำเนินงานจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และประเมินชุมชนจัดการสุขภาพในโปรแกรม Health Gate ร้อยละ 80</li> </ol>
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยใช้แบบประเมินชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนวทางการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ</li> <li>2. หลักสูตรการพัฒนาเครือข่ายชุมชน</li> <li>3. ฐานข้อมูลจากระบบการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate</li> </ol>



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ร้อยละชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	ร้อยละ	-	-	ร้อยละ 18.98 (1,377 ตำบลจากฐานตำบลทั้งหมด 7,255 ตำบล) ระดับประเทศ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางรัชณี ทองเนตร กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม นางสาวปาณิศรา ยานิพันธ์ งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและการบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำเย็น			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 9	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ
ตัวชี้วัดที่ R 26	ระดับความสำเร็จในการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเวลาที่กำหนด
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)</p> <p>การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ</li> <li>2) ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล</li> </ol> <p>ระดับความสำเร็จในการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเวลาที่กำหนด</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา (จำนวนผู้ป่วย STEMI เข้าระบบ STEMI FAST TRACK <math>\geq 50\%</math>)</li> <li>2. มีระบบ STEMI fast tract และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ</li> </ol>

	<p>3. มีการทบทวน CPG ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และนำมาใช้</p> <p>4. สามารถให้ยา Streptokinase(SK)ในผู้ป่วย STEMI ได้ภายในเวลา 30นาทีนับตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยSTEMI (ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด )</p> <p>5.สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล (ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด)</p>
--	---

<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70

<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษานผู้ป่วย STEMI
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนครั้งการรักษที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด
<b>รายการข้อมูล 3</b>	C = จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
<b>รายการข้อมูล 4</b>	D = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด (1)</b>	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = (A/B) × 100
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด (2)</b>	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = (C/D) × 100
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	รายไตรมาส
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDCหรือโปรแกรม Smart UBON STEMI

### เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 ( 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 ( 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

ระดับความสำเร็จระดับความสำเร็จในการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเวลาที่กำหนด

คำนวณคะแนนจากการดำเนินงาน

ที่	เป้าหมาย	คะแนน	เป้าหมายดำเนินการ			
			3เดือน	6เดือน	9เดือน	12เดือน
1.	มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา(ประเมิน จำนวนเข้า STEMI FAST TRACK $\geq$ ร้อยละ 50) <b>คะแนนเต็ม</b>	5	√	√	√	√
	1.1จำนวนเข้า STEMI FAST TRACK $\geq$ ร้อยละ 50	5	√	√	√	√
	1.2จำนวนเข้า STEMI FAST TRACK ตั้งแต่ร้อยละ 30.0 - 49.9	4	√	√	√	√
	1.3จำนวนเข้า STEMI FAST TRACK ตั้งแต่ร้อยละ 20.1 - 29.9	3	√	√	√	√
	1.4จำนวนเข้า STEMI FAST TRACK ตั้งแต่ร้อยละ 10.1 - 19.9	2	√	√	√	√
	1.5จำนวนเข้า STEMI FAST TRACK $\leq$ ร้อยละ 10.0	1	√	√	√	√
2.	มีระบบ STEMI fast tract และการส่งต่อที่มี ประสิทธิภาพ	5	√	√	√	√
3.	มี Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแล ผู้ป่วย ACSและนำมาปฏิบัติ (ประเมินจากการนำ Checklist STEMI มาใช้)	5	√	√	√	√
4.	สามารถให้ยา Streptokinase(SK)ในผู้ป่วย STEMI ได้ ภายในเวลา 30นาทีนับตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยSTEMI (ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด)	5	√	√	√	√
5.	สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับ การทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วย ได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึง โรงพยาบาล(ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด)	5	√	√	√	√
	<b>คะแนนเต็ม</b>	25				

คำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงานใน 5 ประเด็น

คะแนนเต็ม	ความสำเร็จ (คะแนน)		
	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
25	1.00 - 8.00	8.01 - 16.00	16.01 - 25.00
คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน

Small success	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา	มี	มี	มี	มี
- มีระบบการส่งต่อ STEMI fast tract และระบบการให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (24/7) ที่มีประสิทธิภาพ	มี	มี	มี	มี
- มี Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วย ACS	มีการทบทวน CPG ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	มี	มี	มี
- รพ.ทุกระดับมีระบบบริหารยาละลายลิ่มเลือดและมีความพร้อมสามารถให้ Fibrinolysis ได้	มี	มี	มี	มี
- มีห้องสวนหัวใจอย่างน้อย 1 แห่ง/เขตสุขภาพสามารถทำ PPCI ได้ 24/7	มี	มี	มี	มี
- อัตราผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI (Reperfusion rate)	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70

<p><b>เอกสารสนับสนุน/ แหล่งข้อมูล</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Thai ACS Registry (<a href="http://www.ncvdt.org">http://www.ncvdt.org</a>)</li> <li>2. Thai Acute Coronary Syndrome Guideline 2020</li> <li>3. BYRNE, Robert A., et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). <i>European Heart Journal</i>, 2023, ehad191.</li> <li>4. รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC หรือโปรแกรม Smart UBON STEMI</li> </ol>
---	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	ร้อยละ	47.76	50.34	51.44
ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	ร้อยละ	48.84	49.12	55.75
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางจิราลักษณ์ กลางถิ่น งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลน่าน			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 14	โครงการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care : IMC)
ตัวชี้วัดที่ R 27	ระดับความสำเร็จของผู้ป่วย Intermediate Care ได้รับบริการฟื้นฟูสภาพ ระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index=20 ก่อนครบ 6 เดือน
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	<p>ความสำเร็จระดับ 5</p> <p>1) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพ ระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน</p> <p>2) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed</p> <p>3) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาล ฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน</p>
คำนิยาม	<p><b>การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)</b> หมายถึง การ บริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการ คงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีม สหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ใน โรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมี การให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง ใน รพ.ทุกระดับ (A/S/M/ F) โดยให้บริการ ผู้ป่วยใน</p>

(Intermediate bed/ward) ผู้ป่วยนอก และให้บริการในชุมชน เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน  
เยี่ยมบ้าน เป็นต้น

**\*ผู้ป่วย Intermediate care** หมายถึง ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fragility hip fracture รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairments

**Intermediate ward** คือ การให้บริการ Intensive inpatient rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วัน ต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก 1

**Intermediate bed** คือ การให้บริการ Inpatient rehab program หมายถึง ผู้ป่วย ได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)

**การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือ กิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัว กับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดย กระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระ ในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ

**กิจกรรมการบริหารลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก** ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และแก้ไขการพูด ทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐ และภายนอก เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน คลินิกกายภาพบำบัดเอกชนที่ขึ้นทะเบียน

**หมายเหตุ**

-การให้บริการ intermediate bed/ward สามารถให้บริการได้ในโรงพยาบาลทุกระดับ ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัด และเขตสุขภาพ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริหารลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60 - I64
TBI	Traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภยันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069
SCI	Spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภยันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 – S14.1, S24.0 – S24.1, S34.0 – S34.1, S34.3

-	Fracture Hip (Fragility fracture)	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S72.0 - S72.2
	Multiple Impairments	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์	ตามค่านิยมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	ตามค่านิยมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	ตามค่านิยมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M2	โรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป
F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	รพช. ขนาด 60-120 เตียง
F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด 30-90 เตียง
F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด 10 เตียง

### เกณฑ์เป้าหมาย

- 1) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care\* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85

- 2) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

- 3) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

### วัตถุประสงค์

- พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Hip Fracture (Fragility fracture) โดยผู้ป่วยได้รับการบริการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน
- สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย
- เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้าน และชุมชน

### ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

- ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด

	2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด ด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากกลไกอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2 และ F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษ และรับส่งต่อผู้ป่วย			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง* และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20			
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง			
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนผู้ป่วย IMC มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed			
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed ทั้งหมด			
รายการข้อมูล 5	A3 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน			
รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (1)	$(A1/B1) \times 100$			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (2)	$(A2/B2) \times 100$			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (3)	$(A3/B3) \times 100$			
หมายเหตุ	<p><u>คำชี้แจงการลงข้อมูลตัวชี้วัด</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเข้ารับบริการการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับ ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ในสถานพยาบาลภาครัฐ เช่น รพ.สต., ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน เป็นต้น และคลินิกเอกชนที่ขึ้นทะเบียน, เยี่ยมบ้าน</li> <li>2. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูฯ นับรวมผู้ป่วยที่เข้าระบบทั้งหมดในช่วงเวลานับย้อนหลัง ตามไตรมาส ตั้งแต่ ตุลาคม 2566 – กันยายน 2567</li> <li>3. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการดูแลและติดตามนับรวมในการเก็บข้อมูล</li> <li>4. ควรใช้ Barthel ADL index เพื่อวัดผลลัพธ์การดำเนินการ</li> </ol>			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส			
<b>การติดตามรายไตรมาสปี 2567</b>				
ตัวชี้วัดที่	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ตัวชี้วัดที่ 1	-	≥ ร้อยละ 85	-	≥ ร้อยละ 85
ตัวชี้วัดที่ 2	-	≥ ร้อยละ 60	-	≥ ร้อยละ 60
ตัวชี้วัดที่ 3	-	≥ ร้อยละ 50	-	≥ ร้อยละ 50
<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b>				
รอบที่ 1 ( 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)				



รอบที่ 2 ( 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	1.มีระบบในการคัดกรองผู้ป่วย Stroke, TBI, SCI และ Fracture Hip (Fragility fracture) 2.โรงพยาบาลมีทะเบียนผู้ป่วยคัดกรอง/รับส่งต่อเพื่อเข้ารับการบริบาลฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยใน 3.โรงพยาบาลมีระบบบริบาลฟื้นฟูสภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบแบบผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอก หรือแบบในชุมชน
2 คะแนน	1.โรงพยาบาลมีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริบาลฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยใน หรือแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบในชุมชน 2.มีเครือข่าย อสม. ,อสค. ให้การดูแล 3.มีเตียง/หอผู้ป่วยในการให้บริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่ได้มาตรฐานและมีการนำ IMC -IPD Protocol ตามภาคผนวก 1,2,3 มาใช้
3 คะแนน	(1) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (1.1) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน $\geq$ ร้อยละ 65 (1.2) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed $\geq$ ร้อยละ 40 (1.3) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน $\geq$ ร้อยละ 30
4 คะแนน	(1) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (1.1) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน $\geq$ ร้อยละ 75 (1.2) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed $\geq$ ร้อยละ 50 (1.3) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน $\geq$ ร้อยละ 40
5 คะแนน	(1) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (1.1) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน $\geq$ ร้อยละ 85 (1.2) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed

		<p>≥ ร้อยละ 60</p> <p>(1.3) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการปรับสภาพร่างกาย กลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน ≥ ร้อยละ 50</p>	
ลำดับที่	รายละเอียดการดำเนินการ	วิธีการประเมิน	หน่วยงานรับผิดชอบ
1.	มีระบบในการคัดกรองผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture)	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
2.	โรงพยาบาลมีทะเบียนผู้ป่วยคัดกรอง/รับส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาปรับสภาพแบบผู้ป่วยใน	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
3.	โรงพยาบาลมีระบบปรับสภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกหรือแบบในชุมชน	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
4.	โรงพยาบาลมีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาปรับสภาพอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยในหรือแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบในชุมชน	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
5.	มีเตียง/หอผู้ป่วยในการให้ปรับสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่ได้มาตรฐาน	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
6.	ผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมายได้รับการปรับสภาพร่างกายระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
7.	จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูชุมชนอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
8.	มีการจัดตั้งและดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูจังหวัด	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
วิธีการประเมินผล :		<p>1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานการจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานจากคณะกรรมการ Service Plan จังหวัด หรือผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล</p> <p>2.ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด นำคะแนนที่ได้มารวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน</p>	

<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. งานวิจัยการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2552</li> <li>2. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) พ.ศ.2559 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3) สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์</li> <li>3. งานวิจัยการประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) พ.ศ.2562</li> <li>4. งานวิจัยต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลัน ด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก พ.ศ.2562</li> <li>5. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Guideline for Intermediate care service plan) ฉบับปรับปรุง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567</li> <li>6. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</li> <li>7. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทระยะกลาง พ.ศ. 2565 สถาบันประสาทวิทยา</li> <li>8. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักฯ พ.ศ. 2566</li> </ol>
-------------------------	---

<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>				
<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p>		
<p>-</p>	<p>ร้อยละ</p>	<p>2564</p>	<p>2565</p>	<p>2566</p>
<p></p>	<p></p>	<p>79.41</p>	<p>82.57</p>	<p>86.93*</p>
<p>ผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข</p>				
<p>หมายเหตุ: ข้อมูลจากผลตรวจราชการ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2566</p>				

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นางสาวราพร คำประวัตติ งานเวชกรรมฟื้นฟู</li> <li>2. นางสาวปาณิสรา ยานิพันธ์ งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</li> </ol>
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล</p>	<p>กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาลน่าน กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและการบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน่าน</p>

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 8	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 28	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป</li> <li>- โรงพยาบาลชุมชน</li> </ul> <p>HA : Hospital Accreditation หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) มีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HA ชั้นที่ 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดังกล่าว</li> <li>- HA ชั้นที่ 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ชั้น 2</li> <li>- HA ชั้น 3 (ขั้นมาตรฐาน) หมายถึง โรงพยาบาล มีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มต้นด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยงเป็นองค์กรเรียนรู้/ มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้อย่างครบถ้วน ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพขั้นมาตรฐาน และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- A-HA หรือ Advanced HA คือ การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรอง Advanced HA (A-HA) ได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่งและมีความพร้อมในการพัฒนาที่มีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป</li> </ul> <p>โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ชั้น 3 หรือ Re-Accreditation หรือ Advanced HA โดยมีเงื่อนไขดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง ชั้น 3 หรือ Re accredit ครั้งต่าง ๆ เช่น R1, R2, R3 เป็นต้น หรือ Advanced HA ( A-HA)</li> </ol>

	<p>2. โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง ชั้น 3e อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง หรือ Re accredit ครั้งต่าง ๆ ที่ผลการรับรองหมดอายุ (e) เช่น R1e, R2e R3e เป็นต้น แต่อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง หรือ A-HAe ที่อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง</p>
--	---

**เกณฑ์เป้าหมาย**

ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพ HA ขึ้นมาตรฐาน

- (1) รพ.ศูนย์/รพท. มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพระดับความสำเร็จ 5 คะแนน ร้อยละ 100
- (2) รพช.ทุกระดับ มีกระบวนการ พัฒนาคุณภาพระดับความสำเร็จ 5 คะแนน ร้อยละ 90

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569
<p>ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน (ร้อยละ 90)</p>	<p>ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน (ร้อยละ 95)</p>	<p>ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน (ร้อยละ 100)</p>

<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<p>1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และกระตุ้นให้ รพศ. รพท. และ รพช. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ HA ชั้น 3 มีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพปลอดภัยและไว้วางใจได้ในระดับสากล</p> <p>2. เพื่อพัฒนาหน่วยงานบริการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพและมีความปลอดภัย</p> <p>3. เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานบริการ</p>
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>1. โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p>จากการรายงานผลงานประจำปีไตรมาส</p>

แหล่งข้อมูล	รายงานผลงานจากทุกโรงพยาบาล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป ที่มีผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จ ระดับ 5 คะแนน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชน ที่มีผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จ ระดับ 5 คะแนน
รายการข้อมูล 4	D = โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (1)	1.รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์ = $(A/B) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (2)	2.รพช. ผ่านเกณฑ์ = $(C/D) \times 100$
หน่วยงานที่ให้ข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและระบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ / ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2567

#### เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (0.25 คะแนน)</li> <li>มีการประชุมทบทวน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ ปรับปรุงวิสัยทัศน์ พันธกิจ คัดเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญและสอดคล้องกับบริบท (0.25 คะแนน)</li> <li>มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพขององค์กรตาม Recommendation ของ สรพ. (0.5 คะแนน)</li> </ol>
1 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีการจัดทำแผนผังควบคุมกำกับติดตามการดำเนินงานของโรงพยาบาลให้เป็นไปตามกำหนด เวลา (Time Line) ประจำปีงบประมาณ 2567 (0.25 คะแนน)</li> <li>มีแผนปฏิบัติงาน/โครงการพัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาล ที่สอดคล้องกับโอกาสพัฒนาขององค์กร (0.25คะแนน)</li> <li>มีการประกาศนโยบายความปลอดภัยของโรงพยาบาล (3P Safety : Patient Personnel &amp; People Safety) (0.25คะแนน)</li> <li>มีแนวทางกำกับติดตามเฝ้าระวังผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของโรงพยาบาล (0.25 คะแนน)</li> </ol>
1 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีการประชุมทบทวน 12 กิจกรรม ในประเด็นที่เกิดอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป (0.5 คะแนน)</li> </ol>

	9. ส่งเสริมให้มีกระบวนการปรับปรุงผลการดำเนินงาน ให้ดีขึ้น(CQI ) หลังการทบทวนอุบัติการณ์ (0.5 คะแนน)
1 คะแนน	10. มีการจัดทำ Self Assessment และปรับปรุง Hospital Profile ให้เป็นปัจจุบัน (0.5 คะแนน) 11. มีการดำเนินงานให้เป็นไปตาม Time Line ที่กำหนดมากกว่า ร้อยละ 80 (0.5 คะแนน)
1 คะแนน	12. มีผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ พึงพอใจมากกว่าร้อยละ 90 (0.5 คะแนน) พึงพอใจระหว่างร้อยละ 85 - 90 (0.25 คะแนน) พึงพอใจน้อยกว่าร้อยละ 85 (0 คะแนน) 13. โรงพยาบาลผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพหรือดำรงอยู่ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพระดับมาตรฐาน HA (0.5 คะแนน)
นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
วิธีการประเมิน	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด นำคะแนนที่ได้มารวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน
เอกสารสนับสนุน/ แหล่งข้อมูล	1.คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 2.แหล่งข้อมูลเว็บไซต์ สรพ. ( <a href="https://www.ha.or.th">https://www.ha.or.th</a> )
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางผกาตาว พรหมสุรีย์ ศูนย์คุณภาพ
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลน้ำยี่น

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ตัวชี้วัดที่ R 29	ความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (DM Remission)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะสงบ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาล ในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน และคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด เน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ

	<p><b>ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการฯ</b> หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2, อายุระหว่าง 18 - 65 ปี, ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี, ดัชนีมวลกาย &gt; 25 ก.ก./ตารางเมตร, ไม่มีโรคร่วมรุนแรง และไม่เป็นผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยในระยะสงบ (Diabetes Remission)</p> <p><b>การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)</b> หมายถึง การสร้างความเข้าใจ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพ นำไปสู่การตัดสินใจนำมาลงปฏิบัติ และประเมินผล การทดลองจนสามารถเกิดการใช้ในชีวิตประจำวันได้</p> <p><b>ทีมสหวิชาชีพ</b> หมายถึง บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการ สาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ เป็นต้น</p>
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รพ.และ รพ.สต.ในสังกัด สธ.การดำเนินงาน Diabetes Remission 100 %</li> <li>2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 5 ปีที่ผ่านมา เข้าร่วมโครงการ &gt; 10 %</li> <li>3. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการสามารถหยุดยาได้ (นับจากวันที่เริ่มหยุดยา) &gt;30 %</li> <li>4. มี รพ.สต. ถ่ายโอนเข้าร่วมโครงการ</li> </ol>
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนสามารถหยุดยาได้
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 5 ปีที่ผ่านมา เข้าร่วมโครงการ > 10 %
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บันทึกข้อมูลผ่าน Google sheet ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</li> <li>2. บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมพื้นฐานของแต่ละอำเภอ</li> </ol>
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รายงานการดำเนินงาน “การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระยะสงบ” จังหวัดอุบลราชธานี</li> <li>2. ฐานข้อมูล 43 แห่ง และระบบรายงานโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ฯ)</li> </ol>
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	<p>2 รอบ ตามรอบการประเมินผล Ranking ปี 2567</p> <p>ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567</p> <p>ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2567</p>
<p><b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b></p> <p>รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)</p> <p>รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)</p>	
<b>คะแนน</b>	<b>เกณฑ์ประเมิน</b>



1 คะแนน	<p>-(ทำทุกข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงาน (0.5 คะแนน)</li> <li>- มีการประชุมคณะกรรมการ ฯ ในการดำเนินงาน อย่างน้อย 1 ครั้ง/รายไตรมาส (0.5 คะแนน)</li> </ul>
1 คะแนน	<p>ร้อยละของหน่วยบริการมีการดำเนินงาน DM remission</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มี รพ. และ รพ.สต.ในสังกัด สธ.และ อบจ. เข้าร่วมดำเนินงาน &lt; 90 % (0.3คะแนน)</li> <li>- มี รพ. และ รพ.สต.ในสังกัด สธ.และ อบจ.เข้าร่วมดำเนินงาน 90 - 99.99 % (0.5 คะแนน)</li> <li>- มี รพ. และ รพ.สต.ในสังกัด สธ. และ อบจ.เข้าร่วมดำเนินการ 100 % (1 คะแนน)</li> </ul>
1 คะแนน	<p>- ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 5 ปีที่ผ่านมา เข้าร่วมโครงการ DM Remission</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าร่วมโครงการ ≤ 70 % (0.5 คะแนน)</li> <li>- เข้าร่วมโครงการ &gt; 70 % (1 คะแนน)</li> </ul>
2 คะแนน	<p>ร้อยละ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (HbA1c&lt;7)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ควบคุมได้ &lt; 35 % (0.5 คะแนน)</li> <li>- ควบคุมได้ 35 - 40 % (1 คะแนน)</li> <li>- ควบคุมได้ &gt; 40 % (2 คะแนน)</li> </ul>
3 คะแนน	<p>ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ DM remission ที่สามารถหยุดยาได้ (หลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ สามารถหยุดยาได้ ≤25 % (1 คะแนน)</li> <li>- ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ สามารถหยุดยาได้ 25 - 30 % (2 คะแนน)</li> <li>- ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ สามารถหยุดยาได้ &gt; 30 % (3 คะแนน)</li> </ul>
2 คะแนน	<p>การพัฒนา NCD clinic Plus (ทำทุกข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดส่งรายงานถูกต้อง ครบถ้วน ตามกำหนดเวลา (0.5 คะแนน)</li> <li>- มีการนำเสนอข้อมูลในเวทีการประชุมระดับจังหวัด (0.5 คะแนน)</li> <li>- เป็นตัวแทนการนำเสนอข้อมูล/ประกวด ของจังหวัดอุบลราชธานี (1 คะแนน)</li> </ul>
คะแนนเต็ม 10 คะแนน (ปรับคะแนนเป็น 5 คะแนน เทียบบัญญัติไตรยางค์)	
วิธีการประเมินผล :	<p>1. ประเมินจากแบบรายงานการดำเนินงาน “การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระยะสงบ” ประมวลผลจาก 43 แห่ง ในปีงบประมาณ 2567 และติดตามผลลัพธ์จากระบบรายงานในโปรแกรม HDC</p>

เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (Diabetes Remission) 2. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2566
------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data						
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ				
		2562	2563	2564	2565	2566
1.อำเภอที่เข้าร่วมดำเนินงาน	แห่ง	-	-	-	-	20
2.ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c	ร้อยละ	-	-	77.19	76.59	80.86
3.ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	31.09	33.95	35.64	33.94	35.79
4.ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการสามารถหยุดยาได้	ร้อยละ	-	-	-	-	27.07
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1.นางสาวอุบลรัตน์ ปามุทา คลินิกโรคเรื้อรัง 2.นางสาวปาณิสรา ยานิพันธ์ งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลน้ำยืน กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและการบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ้ำยืน					

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 10	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง
ตัวชี้วัดที่ R 30	ความสำเร็จการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี ด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี หมายถึง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์ กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป (Type area 1,3) ที่มีประวัติดังต่อไปนี้ อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ 1. มีประวัติการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ (OV+) 2. กลุ่ม Chronic Dyspepsia กลุ่มอาการปวดท้องช่วงบน ท้องอืด จุกเสียดแน่นท้อง จุกลิ้นปี่ รู้สึกอึดอัด ไม่สบายตัว หรือมีอาการแสบร้อนกลางทรวงอกหลังรับประทานอาหาร เป็นเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 3. กลุ่มเสี่ยงที่เคยมีผลการอัลตราซาวด์ PDF3
เกณฑ์เป้าหมาย	กลุ่มเสี่ยง ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ 100 %
วัตถุประสงค์	เพื่อค้นหาความผิดปกติของตับและท่อน้ำดี ในระยะเริ่มแรก และในรายที่พบ ความผิดปกติ เข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างทันท่วงที
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไปที่... - มีประวัติการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ (OV+) - กลุ่ม Chronic Dyspepsia กลุ่มอาการปวดท้องช่วงบน ท้องอืด จุกเสียดแน่น ท้อง จุกลิ้นปี่ รู้สึกอึดอัด ไม่สบายตัว หรือมีอาการแสบร้อนกลางทรวงอก หลัง รับประทานอาหาร เป็นเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป - กลุ่มเสี่ยง ที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ในปีที่ผ่านมา ผลการตรวจ PDF3, Liver mass และ Dilated Duct - ไม่เป็นผู้ป่วยกลุ่มพิษสุราเรื้อรัง หรือ ตับแข็ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จัดเก็บข้อมูลและบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาลและโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน 43 แพ้ม 1.1 รหัสการวินิจฉัย Z12.8 : Specific screening for CA 1.2 อัลตราซาวด์รหัสหัตถการการตรวจบันทึกใน 43 แพ้ม โรงพยาบาล = 8876 หรือบันทึกใน 43 แพ้มในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัตถการ=9270700 กรณีผลการตรวจอัลตราซาวด์ พบสิ่งผิดปกติ ให้บันทึก ดังนี้ -Liver mass = D37.6 (mass hepatic)

	<p>-Dilated duct = K83.1 (bile duct obstruction)          -cholecystitisunspecified = K81.9          -PDF = R 93.2 (Abnormal finding on diagnosis imagine of liver)          -Fatty liver = K76.0          -Cirrhosis = K74.6          -Gall bladder thickening = K82.8          -Gall stone = K80.2          -Ascites = R18.0          -อื่น ๆ Jaundice = R17.0, CA Liver = C22, CHCA = C22.1</p> <p>2. หากพบความผิดปกติ ได้แก่ Liver mass หรือ Dilated Duct ให้ส่งต่อ รพ.แม่ข่าย เพื่อรับการวินิจฉัยและรักษา</p> <p>3. จัดเก็บข้อมูลผ่านไฟล์ EXCEL และ สรุปผลการดำเนินงานรายเดือน (สรุปรายงานส่ง ทุกวันที่ 25 ของทุกเดือน)</p>						
แหล่งข้อมูล	<p>1. ข้อมูลประชากร แฟ้ม Person Type area 1,3          2. จากแบบสรุปผลการดำเนินงานรายอำเภอ</p>						
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ (คน)						
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด (คน)						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$						
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4 ตามผลงานที่ทำได้						
<p><b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b></p> <p>รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)          รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)</p>							
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน						
1 คะแนน	<p>- มีแผนการปฏิบัติงานคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์ โดยระบุ ระยะเวลาดำเนินงานชัดเจน (0.5 คะแนน)          - มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานแยกรายสถานบริการ (0.5 คะแนน)</p>						
2 คะแนน	<p>- การส่งรายงานการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตราซาวด์ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด (CCA06)          - ส่งภายในกำหนด ทุกวันที่ 25 ของทุกเดือน ( 0.5 , 1 คะแนน)          - ถูกต้อง และ ครบถ้วน ( 0.5 , 1 คะแนน)</p>						
2 คะแนน	<p>- ร้อยละของการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตราซาวด์</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>&lt;80 %</td> <td>0.5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>80 - 99.99 %</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>100 %</td> <td>2 คะแนน</td> </tr> </table>	<80 %	0.5 คะแนน	80 - 99.99 %	1 คะแนน	100 %	2 คะแนน
<80 %	0.5 คะแนน						
80 - 99.99 %	1 คะแนน						
100 %	2 คะแนน						

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์	ร้อยละ	118.77	103.55	106.83
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางรัชณี ทองเนตร กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม นางสาวปาณิศรา ยานิพันธ์ งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลน่าน กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและการบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน่าน			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 10	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง
ตัวชี้วัดที่ R 31	ระดับความสำเร็จการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี (เริ่มสะสม ปีงบประมาณ 63-67)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>1. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ (30 – 60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือ เก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ ผลลบ(Negative) จากตัวอย่างส่งตรวจ แนะนำให้ เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก 5 ปี</p> <p>2. ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 – 60 ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ 16 และหรือ 18 หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (Colposcopy)</li> <li>- ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่นๆ เช่น 31, 33, 39, 45, 51 , 52 , 56, 58, 59, 66 และ 68 เป็นต้น หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลื่อมตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ <math>\geq</math> ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy</li> </ul> <p>ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน 1 ปี ที่โรงพยาบาล</p>

	3. การส่องกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอดปากมดลูก ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็ง และมะเร็งปากมดลูกระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด																		
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</th> <th>ปี 2566</th> <th>ปี 2567</th> <th>ปี 2568</th> <th>ปี 2569</th> <th>ปี 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง</td> <td>70</td> <td>70</td> <td>70</td> <td>70</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table>	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง	60	70	80	80	80	ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง	70	70	70	70	70
การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570														
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง	60	70	80	80	80														
ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง	70	70	70	70	70														
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงที่มีอายุ 30 - 60 ปี (59 ปี 11 เดือน 29 วัน)																		
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	สตรีไทยอายุ 30 - 60 ปี (59 ปี 11 เดือน 29 วัน) บริบูรณ์ ทุกสิทธิ์ ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรอบ 5 ปี																		
<b>วิธีจัดเก็บข้อมูล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 - 60 ปี (ตามเป้าหมายรายปี) (C<sub>1</sub>)</li> <li>จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 - 60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (C<sub>2</sub>)</li> <li>จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 - 60 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (CP<sub>1</sub>)</li> <li>จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Coposcopy (CP<sub>2</sub>)</li> </ol> <p style="text-align: center;">*การบันทึกข้อมูล</p>																		
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ข้อมูล Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข																		
<b>รายการข้อมูล 1</b>	$A(C_2) =$ จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 - 60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก $A(CP_2) =$ จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy																		
<b>รายการข้อมูล 2</b>	$B(C_1) =$ จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 - 60 ปี (ตามเป้าหมายรายปี) $B(CP_1) =$ จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 - 60 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ																		
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$1 (A(C_2) / B(C_1)) \times 100$ $2 (A(CP_2) / B(CP_1)) \times 100$																		
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส 2 และไตรมาส 4																		

**เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567**

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566- 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน	
1 คะแนน	- มีแผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงาน (0.5 คะแนน) - มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานแยกรายสถานบริการ (0.5 คะแนน)	
1 คะแนน	- มีแผนการปฏิบัติงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test โดยระบุระยะเวลาดำเนินงานชัดเจน (0.5 คะแนน) - มีการดำเนินงานตามแผน (0.5 คะแนน)	
1 คะแนน	- มีการกำหนดแนวทางการติดตามและส่งต่อผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติ เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (0.5 คะแนน) - ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง ร้อยละ 100 (0.5 คะแนน)	
1 คะแนน	- ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test $\geq$ ร้อยละ 70	
	< 50 %	0.2 คะแนน
	50 - 69.99 %	0.5 คะแนน
	$\geq$ 70	1 คะแนน
1 คะแนน	- ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง Colposcopy ร้อยละ 70	
	< 50 %	0.2 คะแนน
	50 - 69.99 %	0.5 คะแนน
	$\geq$ 70	1 คะแนน

เอกสารสนับสนุน :

ฐานข้อมูลประชากรอายุ 30 - 60 ปี (59 ปี 11 เดือน 29 วัน)  
ใน HDC จังหวัดอุบลราชธานี

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data**

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
ร้อยละสะสมความครอบคลุมประชากรสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA	ร้อยละ	49.42	41.84	-
ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง	ร้อยละ	7.16	0.92	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/  
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นางรัชณี ทองเนตร กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม  
นางสาวปาณิศา ยานินพันธ์ งานโรคไม่ติดต่อ

หน่วยงานประมวลผลและ  
จัดทำข้อมูล

กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วมโรงพยาบาลน้ำยืน  
กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและการบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence															
แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ Service Plan															
โครงการที่ 10	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง															
ตัวชี้วัดที่ R 32	ระดับความสำเร็จการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย FIT Test ในประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 50-70 ปี															
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน															
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5															
คำนิยาม	<p>1. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อ ฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อ ตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง 1 ครั้ง ในรอบ 2 ปีงบประมาณ</p> <p>2. ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิงอายุ 50-70 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) เป็นบวก (Positive) คือตรวจพบเม็ดเลือดแดง ในตัวอย่างอุจจาระ</p> <p>3. การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ ด้วยการส่องกล้องขยายเพื่อการค้นหาหรือโรครก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น</p>															
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</th> <th>ปี 2567</th> <th>ปี 2568</th> <th>ปี 2569</th> <th>ปี 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง</td> <td>≥ 55</td> <td>≥ 60</td> <td>≥ 65</td> <td>≥ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</td> <td>≥ 55</td> <td>≥ 60</td> <td>≥ 65</td> <td>≥ 70</td> </tr> </tbody> </table>	คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 70	ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 70
คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570												
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 70												
ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 70												
วัตถุประสงค์	เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะเริ่มต้น															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 50 - 70 ปี ทุกสิทธิ์ ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจคัดกรองหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) มาในระยะ 2 ปี															
วิธีจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>จำนวนประชากร อายุ 50 – 70 ปี (ตามเป้าหมายรายปี) (F<sub>1</sub>)</li> <li>จำนวนประชากร อายุ 50 – 70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (F<sub>2</sub>)</li> <li>จำนวนประชากร อายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ (CL<sub>1</sub>)</li> </ol>															



	<p>4. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (CL<sub>2</sub>)</p> <p>*การบันทึกข้อมูล</p> <p>- จัดเก็บข้อมูลและบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน 43 แพ้ม</p> <p>ผลการตรวจเป็นลบ= 1B0060, ผลการตรวจเป็นบวก= 1B0061</p> <p>- สรุปผลการดำเนินงาน ราย เดือน</p>						
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลประชากร แพ้ม Person Type area 1,3						
รายการข้อมูล 1	<p>A(F<sub>2</sub>) = จำนวนประชากร อายุ 50 – 70 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง</p> <p>A(CL<sub>2</sub>) = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</p>						
รายการข้อมูล 2	<p>B(F<sub>1</sub>) = จำนวนประชากร อายุ 50 – 70 ปี ที่ (ตามเป้าหมายรายปี)</p> <p>B(CL<sub>1</sub>) = จำนวนประชากร อายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และ ไส้ตรงผิดปกติ</p>						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. <math>A(F_2)/B(F_1) \times 100</math></p> <p>2. <math>A(CL_2)/B(CL_1) \times 100</math></p>						
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4 ตามผลงานที่ทำได้						
<p><b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b></p> <p>รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566- 28 กุมภาพันธ์ 2567)</p> <p>รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)</p>							
<b>คะแนน</b>	<b>เกณฑ์ประเมิน</b>						
1 คะแนน	<p>- มีแผนการปฏิบัติงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) โดยระบุระยะเวลาดำเนินงานชัดเจน (0.5 คะแนน)</p> <p>- มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานแยกรายสถานบริการ (0.5 คะแนน)</p>						
1 คะแนน	<p>- ร้อยละการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) (เป้าหมาย <math>\geq</math> ร้อยละ 55)</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>&lt; 30 %</td> <td>0.2 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>30 - 54.99 %</td> <td>0.5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ <math>\geq</math> 55</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> </table>	< 30 %	0.2 คะแนน	30 - 54.99 %	0.5 คะแนน	ร้อยละ $\geq$ 55	1 คะแนน
< 30 %	0.2 คะแนน						
30 - 54.99 %	0.5 คะแนน						
ร้อยละ $\geq$ 55	1 คะแนน						
2 คะแนน	<p>- ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ได้รับการส่งต่อ เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>&lt; 50 %</td> <td>0.5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>50 – 89.99 %</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> </table>	< 50 %	0.5 คะแนน	50 – 89.99 %	1 คะแนน		
< 50 %	0.5 คะแนน						
50 – 89.99 %	1 คะแนน						

		ร้อยละ ≥ 90	2 คะแนน
1 คะแนน	- ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง Colonoscopy ≥ ร้อยละ 55	< 30 %	0.2 คะแนน
		30 - 54.99 %	0.5 คะแนน
		≥ 55	1 คะแนน

เอกสารสนับสนุน : **ฐานข้อมูลประชากรอายุ 50 – 70 ปี ใน HDC จังหวัดอุบลราชธานี**

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ	24.59	34.12	55.92
ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	ร้อยละ	13.90	13.56	34.44

**ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** : นางรัชณี ทองเนตร กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม  
นางสาวปาณิศรา ยานิพันธ์ งานโรคไม่ติดต่อ

**หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล** : กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวมโรงพยาบาลน้ำยืน  
กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและการบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 14	โครงการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care : IMC)
ตัวชี้วัดที่ R 33	ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>สถานชีวาภิบาล คือ สถานที่ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยระยะท้ายที่รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตโดยเน้นการทำงานแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (กาย,จิตใจ อารมณ์,สังคมและจิตวิญญาณ) ในรูปแบบ คลินิกผู้สูงอายุ ,Hospice ,Hospital at Home ,Home ward</p> <p>การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ ทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting และบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน ส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ ขั้นตอนการดำเนินการของโรงพยาบาล ต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้</p>

1. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร ด้วยกระบวนการ Family Meeting รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/หรือ มีการใช้ แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถาน บริการสาธารณสุข เรื่อง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป เพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) และบันทึกในระบบ E-claim รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการ ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่ สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า
2. มีบุคลากรในทีมการดูแลประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุม ครอบครัว (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. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรค ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง ระยะท้าย 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 และภาวะ ฟังฟิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคอง

3.9 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ประคับประคองระยะท้าย

4. มีรายการยาที่จำเป็น

4.1 มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำของ องค์การอนามัยโลกในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก อย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40)

4.2 พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยามอร์ฟีน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สป.สช. กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย โรงพยาบาล สามารถขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ Opioids ในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ของ สป.สช.

5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน และบันทึกการเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 60)

\* เมื่อดำเนินการตามข้อ 4-5 หน่วยบริการประจำมีสิทธิได้รับค่าชดเชยการบริการ แบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สป.สช. กำหนด

6. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟีน และร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

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

**เกณฑ์เป้าหมาย** หน่วยบริการทุกระดับมีการดูแลในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 65	-	-

**วัตถุประสงค์**


เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ โดยผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว และได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามแผน มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย**      โรงพยาบาล ทุกระดับ ทุกแห่ง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัด คือ กำกับ ดูแลการกรอกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลเพิ่มการวินิจฉัยโรค เพิ่มยา และเพิ่มการติดตามเยี่ยมบ้าน ใน 43 แห่ง ให้ครบถ้วน
แหล่งข้อมูล	Health data center <a href="https://hdcservice.moph.go.th">https://hdcservice.moph.go.th</a> รายงานมาตรฐาน ข้อมูลตอบสนอง service plan สาขา Intermediate และ palliative care ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (workload)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 รหัส Z71.8 เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ ICD-10 C00-C96, D37-D48, I60-I69, F03, N18.5, J44, I50, K72, K70.4, K71.7, B20-B24(ยกเว้น B23.0, B23.1), R54 และผู้ป่วยอายุ 0-14 ปี (ที่วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b> รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน (ประเมินด้วยการสุ่ม) เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 60 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 (1 คะแนน) ร้อยละ 40 – 69 (0.75 คะแนน) ร้อยละ 20 – 39 (0.5 คะแนน) ร้อยละ 1 - 20 (0.25 คะแนน)

	ไม่มีการดำเนินการ ( 0 คะแนน )
1 คะแนน	มี Palliative Care Team (PCT) ที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว
1 คะแนน	เปรียบเทียบความแตกต่าง การบันทึกการนำเข้าข้อมูล PC ในโปรแกรม HDC และการนำเข้าข้อมูล ในโปรแกรม E-Claim (น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10 ( 1 คะแนน ) ร้อยละ 11 – 20 ( 0.5 คะแนน ) มากกว่าร้อยละ 20 ( 0 คะแนน ) หมายเหตุ : เนื่องจากมีการนำเข้าข้อมูลโปรแกรม E-Claimมากกว่าในโปรแกรม HDC
1 คะแนน	มีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการ ดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40 ( 1 คะแนน ) ร้อยละ 21 – 39 ( 0.4 คะแนน ) ร้อยละ 1 - 20 ( 0.2 คะแนน ) ไม่มีการดำเนินการ ( 0 คะแนน )
1 คะแนน	จัดตั้งสถานชีวาภิบาล - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนสถานชีวาภิบาลระดับอำเภอ (0.1 คะแนน ) - กำหนดเป้าหมายพื้นที่ดำเนินการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลชัดเจน (0.2 คะแนน ) มีสถานชีวาภิบาลจำนวน 1 แห่ง (0.7 คะแนน )
คะแนนเต็ม 5 คะแนน	
วิธีการประเมินผล :	การติดตามโดยคณะกรรมการ service plan การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคองจังหวัดจากระบบ Health data center (HDC) จังหวัดอุบลราชธานี

**เอกสารสนับสนุน :**

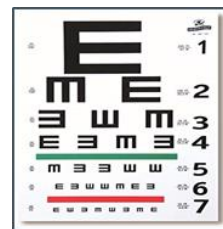
1. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) ทางการแพทย์  

2. คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข  
[http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/palliativecaredrugssystem2561\\_edited030562.pdf](http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/palliativecaredrugssystem2561_edited030562.pdf)
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016 ที่  
[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/palliative.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf)
4. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2558 ที่  
<https://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/011518-1453-9113.pdf>
5. A Guide to Children’s Palliative Care (Fourth Edition). International Children’s Palliative Care Network and the Royal College of Paediatrics and Child Health (RPCH), 2018.ที่ <https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children’s-Palliative-Care-Fourth-Edition-5.pdf>
6. Palliative care guideline, self-assessment workbook ศูนย์การรณรงค์ และกรมการแพทย์
7. World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization.  
[Http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf)
8. World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care  
[http://www.who.int/selection\\_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare\\_8\\_A\\_R.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf)

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data**

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)				
		2562	2563	2564	2565	2566
	ร้อยละ	NA	18.67	57.22	61.57	71.96

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางชนิษฐา ศรีชุม OPD 2. นางสาวประณี พงษ์กิ่ง งานแพทย์แผนไทย สสม.
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลน้ำยี่น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำยี่น

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 8	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 34	ความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p><b>ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract)</b> หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/400</p> <p><b>การผ่าตัดภายใน 30 วัน</b> การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอด จากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)</p> <p><b>การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract)</b> หมายถึง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน อย่างมีคุณภาพ ภายใต้ 7 กระบวนการ ได้แก่</p> <p>(1) รพ.สต. ตรวจสอบฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ที่ยังมีชีวิตในพื้นที่รับผิดชอบ และนำเข้าสู่ข้อมูลผู้สูงอายุทั้งหมด ในโปรแกรม Vision 2020 Thailand ของปีงบประมาณ 2567</p> <p>(2) ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคน ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้น โดย อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้เกณฑ์การประเมินคัดกรองภาวะทางตา ตามคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อค้นหาปัญหาหามองเห็น โดยแผ่นทดสอบสายตาสเนลเลนมี 2 แบบ คือ แบบตัวเลข และแบบตัวอักษรอี (E-Chart) หรือ สัญลักษณ์ 3 นิ้ว สำหรับผู้ไม่รู้หนังสือ</p> <p><b>เกณฑ์ประเมิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85</b></p>





	<p>(3) ผู้สูงอายุที่ตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้น อ่านตัวเลข แผ่นตัวอักษรหรือ หรือนับ นิ้วในระยะ 3 เมตร ได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 5 ครั้ง ทุกคน ต้องได้รับการส่งต่อไปที่ รพ. สต. พบเจ้าหน้าที่ เพื่อวัด VA ด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen Chart)+Pinhole</p> <p>(4) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวัด VA ด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen Chart)+Pinhole โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และพบ VA แย่กว่า 20/400 ทุกคนต้องได้รับการส่งต่อไปพบเจ้าหน้าที่ ทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) ที่โรงพยาบาล ชุมชน</p> <p>(5) ผู้สูงอายุที่ตรวจพบ VA แย่กว่า 20/400 ทุกคน ได้รับการส่งต่อไปพบทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) ไปโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยผ่าตัด ต้อกระจก ของจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี, โรงพยาบาล๕๐พรรษา มหาวชิราลงกรณ, โรงพยาบาลวารินชำราบ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และโรงพยาบาลตระการพิรุณ เพื่อวินิจฉัย และตรวจ/รักษา ตามข้อบ่งชี้</p> <p>(6) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ทุกคนต้องได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาล เพื่อขึ้นทะเบียนนัด (รอ) ผ่าตัด ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับการวินิจฉัยโดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) ว่าเป็น ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี, โรงพยาบาล๕๐พรรษา มหาวชิราลงกรณ, โรงพยาบาลวารินชำราบ, โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และโรงพยาบาลตระการพิรุณ</p> <p>(7) ผู้สูงอายุทุกรายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองสายตาเบื้องต้น โดย ทีมสหวิชาชีพ ให้บันทึกผลการคัดกรอง ลงในโปรแกรม Vision2020 Thailand ตามขั้นตอนจนกระทั่งส่งเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด ผู้ที่จะบันทึกประวัติการผ่าตัด คือ ทีมจักษุแพทย์ ที่ทำการผ่าตัด (ข้อมูลจากโปรแกรม Vision2020 Thailand)</p>
--	--

<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>				
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	
มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 85	
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัด และการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต			

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต่อกระจกจากโปรแกรม Vision2020 Thailand โดยบันทึกข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision2020 Thailand
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการนิเทศ ไตรมาส 2 และไตรมาส 4
<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b> รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566- 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567) เกณฑ์การประเมิน ประเมินเป็นค่าคะแนนของการดำเนินงาน 5 ข้อดังนี้	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	การนำเข้าข้อมูลในโปรแกรม Vision 2020Thailand ภายในเดือน ธันวาคม 2566 - มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ของเป้าหมาย (1 คะแนน) - นำเข้าข้อมูล น้อยกว่าร้อยละ 70 ของเป้าหมาย (0.5 คะแนน)
1 คะแนน	การตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้น “มีการคัดกรองสายตาเบื้องต้น โดย อสม.หรือ จนท.สาธารณสุข” - ดำเนินการคัดกรองสายตา น้อยกว่า ร้อยละ 85 (0.5 คะแนน) - ดำเนินการคัดกรองสายตา ได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 (1 คะแนน)
1 คะแนน	ผู้สูงอายุที่วัด VA น้อยกว่า 20/400 ได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์ หรือ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา เพื่อการวินิจฉัย - มีการส่งต่อมากกว่า 60 % (1 คะแนน) - มีการส่งต่อ 30- 60 % (0.6 คะแนน) - มีการส่งต่อน้อยกว่า 30 % (0.3 คะแนน)
1 คะแนน	ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการขึ้นทะเบียน เพื่อนัดผ่าตัด ภายใน 30 วัน - ขึ้นทะเบียน มากกว่า 80 % (1 คะแนน ) - ขึ้นทะเบียน 40-80 % (0.6 คะแนน) - ขึ้นทะเบียนน้อยกว่า 30% (0.3 คะแนน)
1 คะแนน	ร้อยละการผ่าตัดต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ภายใน 30 วัน - มากกว่าหรือเท่ากับ 85 % (1 คะแนน) - ระหว่าง 40- 84.99 % (0.6 คะแนน) - น้อยกว่า 40 % (0.3 คะแนน)
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผ่านระบบ Vision 2020 Thailand
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการใช้งาน Vision 2020 Thailand
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data	

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2563	2564	2565	2566
ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ	80.50	84.57	86.70	93.93
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสุนทร วิลาวลัย OPD 2. นางสาวประณี พงษ์กิ่ง งานแพทย์แผนไทย สสม.				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลน่าน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน่าน				

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 7	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ตัวชี้วัดที่ R 35	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจ จะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น</p> <p>ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมมุ่งทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิต โดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้นและผลของการพยายามฆ่าตัวตายอาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 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)</p> <p>ผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ หมายถึง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้งในรอบปีงบประมาณ</p> <p>ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี หมายถึง ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วงปีงบประมาณได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและติดตามเฝ้าระวังจนไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองอีกครั้งในรอบปีงบประมาณเดียวกัน</p> <p>(ปีงบประมาณนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - วันที่ 30 กันยายน 2567)</p> <p>ซึ่งการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังต่อไปนี้ (1) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตายจาก ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ/1669/ ตำรวจ/</p>

อื่นๆ รวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันที (2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) (3) ได้รับการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองเพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และต้านกัน รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชนโดยทีมสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายของจังหวัด /อำเภอ หรือ และ ร่วมกับทีมจิตเวชที่เลี้ยง ในกรณีมีความยุ่งยากซับซ้อน มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชุมชน สังคม (4) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง จากบุคลากรสาธารณสุข จากหน่วยบริการทั้งในระดับ รพ.สต. /รพช. /รพท./รพศ. /หน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต (5) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง และต้านกัน การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย จาก แกนนำชุมชน / อปต. /อปจ. และบุคลากรสาธารณสุข จากหน่วยบริการทั้งในระดับ รพ.สต. /รพช. /รพท./รพศ. (6) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือนและมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่ (7) ได้รับการเฝ้าระวังติดตามประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ จาก อสม. /บุคลากรสาธารณสุข จากหน่วยบริการทั้งในระดับ รพ.สต. /รพช. /รพท./รพศ. /หน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต

**เกณฑ์เป้าหมาย** เกณฑ์เป้าหมายหลัก : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571
≤ 8.0 ต่อประชากร แสนคน	≤ 7.8 ต่อประชากร แสนคน	≤ 7.8 ต่อประชากร แสนคน	≤ 7.5 ต่อประชากร แสนคน	≤ 7.5 ต่อประชากร แสนคน

**เกณฑ์เป้าหมายย่อย** : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ปีงบประมาณ 2571
ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94	ร้อยละ 96	ร้อยละ 98

**วัตถุประสงค์**

**เป้าหมายหลัก**

1. เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชน

**เป้าหมายย่อย**

1. เพื่อใช้วัดผลลัพธ์ของการดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตายหรือผู้พยายามฆ่าตัวตาย และการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำที่ดำเนินการภายใต้ระบบสุขภาพในพื้นที่

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย**

**เป้าหมายหลัก** : ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกจังหวัด

**เป้าหมายย่อย** : ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่กระทำในช่วงเวลา 1 ปีงบประมาณ

(วันที่ 1 เดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567 )

\*จำนวนผู้ฆ่าตัวตาย และผู้พยายามฆ่าตัวตาย นับเป้าหมายตามพื้นที่ที่เกิดเหตุ

<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p><b>ตัวชี้วัดหลัก</b> : จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ รวบรวมจาก รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506S version 11. (เพื่อความถูกต้อง รวดเร็วของการรายงานข้อมูล)</p> <p><b>ตัวชี้วัดย่อย</b> : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายซ้ำ รวบรวมจากข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p><b>หมายเหตุ</b></p> <p>1) ข้อมูล จาก Health Data Center (HDC) จะเป็นการรายงานข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการยังหน่วยบริการสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมในผู้ที่ทำร้ายตนเองที่บาดเจ็บไม่รุนแรงและไม่ได้มารับบริการ ควรสนับสนุนให้มีการลงพื้นที่เพื่อสอบสวนโรคทุกรายที่แจ้งจากศูนย์แจ้งเหตุ และบันทึกข้อมูลลงในรายงาน รง 506 S version 11 จะเป็นประโยชน์ต่อการมีฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและบ่งบอกถึงเหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตายในพื้นที่</p> <p>2) ข้อจำกัดของการตรวจสอบข้อมูลของการฆ่าตัวตายซ้ำเดือนกันยายน เมื่อผู้พยายามฆ่าตัวตายกระทำในเดือนกันยายน 2566 และทำซ้ำอีกครั้ง ในช่วงตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2566 เป็นต้นไป จะไม่ได้ถูกบันทึกเป็นผู้พยายามทำร้ายตนเองซ้ำของปีงบประมาณ2566 แต่จะบันทึกเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นใหม่ของปีงบ 2567 ดังนั้นควรมีการตรวจสอบข้อมูลและเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองในช่วงระยะเวลาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง</p>
<p><b>แหล่งข้อมูล</b></p>	<p><b>เป้าหมายหลัก</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.) ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร ของกระทรวงมหาดไทย</li> <li>2.) แบบเฝ้าระวัง การพยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต รง506.S version 11</li> <li>3.) แบบรายงานสอบสวนการฆ่าตัวตาย (Self-Directed Violence, SDV) กรมสุขภาพจิต</li> <li>4.) การบันทึกข้อมูลผู้ทำร้ายตนเอง (เสียชีวิต) ในหน่วยบริการ (43 แห่ง) และส่งเข้าระบบ HDC ทุกเดือน</li> </ol> <p><b>เป้าหมายย่อย</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดและผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ได้จากข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</li> </ol>
<p><b>รายการข้อมูล 1</b></p>	<p>A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2567</p>
<p><b>รายการข้อมูล 2</b></p>	<p>B = จำนวนประชากรกลางปี 2567</p> <p><b>**หมายเหตุ</b> สำหรับไตรมาส 1 และ 2 ใช้ประชากรปลายปี 2566 สำหรับไตรมาส 3 และ 4 ใช้ประชากรกลางปี 2567</p>
<p><b>รายการข้อมูล 3</b></p>	<p>C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดในปีงบประมาณ – จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้งในปีงบประมาณ หน่วยนับ (คน)</p>

รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ปีงบประมาณ 2567
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก : $(A/B) \times 100,000$ ตัวชี้วัดย่อย : $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบการประเมิน รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 - 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2567)

<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b> รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 - 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2567) กำหนดเป็นขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงาน					
ระดับ คะแนน	ระดับความสำเร็จ				
	ขั้นตอน 1	ขั้นตอน 2	ขั้นตอน 3	ขั้นตอน 4	ขั้นตอน 5
1 คะแนน	/				
2 คะแนน	/	/			
3 คะแนน	/	/	/		
4 คะแนน	/	/	/	/	
5 คะแนน	/	/	/	/	/
อำเภอมุ่งมั่นการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1-5					
<b>ขั้นตอนที่ 1. สถานการณ์และการจัดทำแผน (1 คะแนน)</b>					
1.1 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ การฆ่าตัวตายในพื้นที่ ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี วิเคราะห์หาช่องว่าง ปัญหา อุปสรรคของการดำเนินงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบ พร้อมนำเสนอกรอบแนวคิดหรือมาตรการในการแก้ไขปัญหาในเขตที่รับผิดชอบ (0.5 คะแนน)					
1.2 มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ /กิจกรรม การป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ (0.5 คะแนน)					
<b>ขั้นตอนที่ 2. มีกิจกรรมขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ (1 คะแนน)</b>					
2.1 มีการขับเคลื่อนบูรณาการป้องกันการฆ่าตัวตายและปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ผ่านกลไกคณะกรรมการ พขอ. /พชต. (0.5 คะแนน)					
2.2 มีแนวทาง กระบวนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ ผ่านกระบวนการ 3 หมอ (0.5 คะแนน)					
<b>ขั้นตอนที่ 3. มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ ความรุนแรง (1 คะแนน)</b>					
3.1 มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (0.5 คะแนน)					
3.2 มีการติดตามเยี่ยมเคส SMI-V (กองทุนจิตเวชเรื้อรังในชุมชน) ตามเกณฑ์ครบ 6 ครั้งต่อปี และมีการบูรณาการเยี่ยมบ้านร่วมกับภาคีเครือข่าย $\geq$ ร้อยละ 80 (0.5 คะแนน)					

<p><b>ขั้นตอนที่ 4. มีการส่งรายงานแบบเฝ้าระวัง รง.506 s ให้ สสจ. และมีการบันทึกแบบรายงานการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตาย หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence,SDV) ในระบบโปรแกรมรายงานของศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย รพ. จิตเวชขอนแก่นฯ ครบถ้วน และทันตามห้วงเวลาที่กำหนด (1 คะแนน)</b></p> <p>4.1 ร้อยละ 100 ของการส่งรายงานแบบเฝ้าระวัง (รง.506s) ให้ สสจ. ครบถ้วน ถูกต้อง ภายในระยะเวลา 1 เดือน หลังเกิดเหตุ (0.5 คะแนน)</p> <p>4.2 ร้อยละ 100 ของข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีการบันทึกแบบรายงานการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตาย หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence,SDV) ในระบบโปรแกรมรายงานของศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย รพ.จิตเวชขอนแก่นฯ ครบถ้วน ถูกต้อง ภายในระยะเวลา 3 เดือน หลังเกิดเหตุ (0.5 คะแนน)</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 5. ผลการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย (1 คะแนน)</b></p> <p>5.1 การฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.00 อัตราต่อประชากรแสนคน (0.5 คะแนน)</p> <p>5.2 ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี <math>\geq</math> ร้อยละ 90 (0.5 คะแนน)</p>					
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลทุก 3 เดือน				
เอกสารสนับสนุน	1.ข้อมูลจากฐานข้อมูล <a href="https://suicide.dmh.go.th/">https://suicide.dmh.go.th/</a> 2.แบบ รง 506.S 3.ชุดข้อมูล 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุข 4.ระบบข้อมูลใน HDC 5.ข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data</b>					
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2563	2564	2565	2566
อัตราการฆ่าตัวตาย (จาก รง.506S)	อัตราต่อประชากรแสนคน	6.23 (117 คน)	6.05 (113 คน)	6.21 (116 คน)	6.84 (128 คน)
ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ	94.12	92.65	91.35	93.67
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางธัญพร เรืองธรรม กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด 2.นางสาวปาณิสรา ยานิพันธ์ งานโรคไม่ติดต่อ				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลน้ำยืน กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำยืน				

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 7	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ตัวชี้วัดที่ R 36	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	≥ ร้อยละ 55
คำนิยาม	<p><b>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</b> หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x</p> <p><b>อาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน</b> หมายถึง ผู้ป่วยโรค Depressive Disorder ทั้งรายใหม่และรายเก่า ที่มารับบริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรก ในสถานบริการตั้งแต่ 1 ตุลาคม ถึง สิ้นเดือนกุมภาพันธ์ของทุกปี ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงสิงหาคม ของทุกปี จากสถานบริการใดก็ได้ (พบแพทย์/ รับประทานยา/ มารับบริการอื่นๆ เช่น ปรึกษาทางไปรษณีย์ การรักษาทางไกล Tele-psychiatry/ การออกเยี่ยมผู้ป่วย) อย่างน้อย 2 ครั้ง และมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามลดลงตั้งแต่ 1 ระดับขึ้นไป ในระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่มารับบริการครั้งแรกในปีงบประมาณ 2567</p> <p><b>คำอธิบายเพิ่มเติม</b></p> <p><b>เงื่อนไข :</b> ในปีงบประมาณ 2566 จะเก็บรวบรวมข้อมูล F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x และทั้งรายใหม่และรายเก่า ที่มารับบริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรก ในสถานบริการตั้งแต่ 1 ตุลาคม ถึงสิ้นเดือนกุมภาพันธ์ของทุกปี ได้รับการรักษาต่อเนื่อง โดยใช้ฐานข้อมูล HDC</p> <p><b>อาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน</b> โดยใช้ผลการประเมิน 9Q หลังได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาในโรงพยาบาล/จากสถานบริการใดก็ได้ อย่างน้อย 2 ครั้ง และมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามลดลงตั้งแต่ 1 ระดับขึ้นไป ในระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่มารับบริการครั้งแรกในปีงบประมาณ 2567</p> <p><b>หมายเหตุ :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ค่าเป้าหมายปี 2567 มาจากค่าเฉลี่ยจากฐานข้อมูล HDC ร้อยละ 51.30</li> <li>2) เริ่มเก็บข้อมูล 1 ตุลาคม 2566 - 31 พฤษภาคม 2567 และติดตามจนถึง 31 สิงหาคม 2567</li> <li>3) ข้อมูล 1 มิถุนายน - 30 กันยายน 2567 นำไปรายงานปีงบประมาณ 2568</li> <li>4) M = Month (เดือน)</li> </ol>



		5) กรณีผู้ป่วยไปรับบริการหลายสถานบริการให้นับเป็นผลงานของสถานบริการแรกที่ไปรับบริการ			
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>					
ปีงบประมาณ 2567		ปีงบประมาณ 2568		ปีงบประมาณ 2569	
ปีงบประมาณ 2570					
≥ ร้อยละ 55		-		-	
<b>วัตถุประสงค์</b>		เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่อง อย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน โดยได้รับการดูแลจนมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามลดลง			
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>		ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems-10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x รายใหม่และรายเก่าในปีงบประมาณ 2567 ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาล			
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>		สถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจัดเก็บข้อมูลและส่งรายงานตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แพ้ม ตามระบบรายงานฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC) โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์รับผิดชอบในการกำกับติดตามการเก็บข้อมูลในเขตสุขภาพ			
<b>แหล่งข้อมูล</b>		จากฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC) กระทรวงสาธารณสุข			
<b>รายการข้อมูล 1</b>		A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ในปีงบประมาณ 2567			
<b>รายการข้อมูล 2</b>		B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในปีงบประมาณ 2567			
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>		$(A/B) \times 100$			
<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b>					
<b>รอบที่ 1</b> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)					
ประเมินผลลัพธ์การบำบัดรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศรหารายใหม่และรายเก่าในปีงบประมาณ 2567 ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับการบำบัดรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่องจนมีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ในปีงบประมาณ 2567 “ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน”					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	10	15	20	25	30
<b>รอบที่ 2</b> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)					

ประเมินผลลัพธ์การบำบัดรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่และรายเก่าในปีงบประมาณ 2567 ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับการบำบัดรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่องจนมีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ในปีงบประมาณ 2567 “ร้อยละ 55 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน”

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	35	40	45	50	55

ระยะเวลาประเมินผล ประเมินผลทุก 3 เดือน

เอกสารสนับสนุน คู่มือ ระบบดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data**

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ฐานข้อมูลรายงาน ในระบบ HDC	ร้อยละ	-	-	ภาพรวมประเทศร้อยละ 46.00

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด  
 1.นางธัญพร เรืองธรรม กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด  
 2.นางสาวปานิศรา ยานิพันธ์ กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล  
 กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลน้ำเย็น  
 กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองน้ำเย็น

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 13	โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
ตัวชี้วัดที่ R 37	ความสำเร็จการบำบัดรักษาและติดตามเยี่ยมผู้ติดยาเสพติด
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>ผลสำเร็จการบำบัดรักษาและติดตามเยี่ยมผู้ติดยาเสพติด หมายถึง มีการดำเนินงาน ดังนี้</p> <p>1 ศูนย์คัดกรองผู้ติดยาเสพติด สามารถให้การคัดกรองและนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามระดับความรุนแรง</p> <p>2 ร้อยละ 80 ของผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ในระบบสมัครใจได้รับการบำบัดรักษา ยาเสพติดตามความเหมาะสม และผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตได้รับการส่งต่อตามระบบ</p>

	<p>3 ประสานการดำเนินงานบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ร่วมกับภาคีเครือข่ายครบทุกตำบล</p> <p>4 ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ 62</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับ ความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจ ของสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>- การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู อย่างเป็นรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติด เฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์ มาตรฐานหลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย 1 ปี</li> <li>- ศูนย์คัดกรองผู้ติดยาเสพติด หมายถึง ศูนย์คัดกรองที่สามารถจำแนกคัดกรองผู้ติดยาเสพติดได้ตามระดับความรุนแรง โดยจำแนกเป็นผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด และมีการ ส่งตัวเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามระดับความรุนแรง</li> <li>- สถานบริการทุกระดับมีแผนบูรณาการในการค้นหาคัดกรองผู้เสพยาเสพติดเชิงรุก ในสถานศึกษา ในชุมชน และในสถานประกอบการ และสามารถให้คำปรึกษา/ให้การ บำบัดรักษา ผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด แบบสมัครใจได้ตามเป้าหมาย มีระบบการส่งต่อ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ตามระบบการส่งต่อและดูแลรักษาตามระบบ</li> <li>- มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานบำบัดรักษา ยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ครบทุกตำบล และมีการลงรายงานผลการบำบัด ผู้ป่วย CBTx. ในระบบรายงาน บสต.</li> </ul>
--	--

<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 62	ร้อยละ 65	-	-

<b>วัตถุประสงค์</b>	<p>ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษา ฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างเป็นรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแล ช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิต ในสังคม ได้อย่างปกติสุข</p>
<b>กลุ่มเป้าหมาย / ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<p>1. ศูนย์คัดกรอง ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564</p> <p>2. ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา ยาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจ ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูล การบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)</p>
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	<p>1. รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงาน ผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จาก ฐานข้อมูล การบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.)</p>

	2. ระบบรายงานยาเสพติด จังหวัดอุบลราชธานี
แหล่งข้อมูล (Retention rate)	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติด จากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1 (Retention rate)	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู
รายการข้อมูล 2 (Retention rate)	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, เปลี่ยนแปลงการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน ( รอบที่ 1 ตัดยอด 28 กุมภาพันธ์ 2567 รอบที่ 2 ตัดยอด 15 สิงหาคม 2567 )

### เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 - 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2567)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	<p>1. การคัดกรอง</p> <p>1.1 ไม่มีข้อมูลการคัดกรองผู้ติดยาเสพติดในศูนย์คัดกรอง (0.0 คะแนน)</p> <p>1.2 มีข้อมูลการคัดกรองผู้ติดยาเสพติดในศูนย์คัดกรอง (0.50 คะแนน)</p> <p>2. ศูนย์คัดกรองมีการบันทึกข้อมูลในระบบ บสต. ได้ถูกต้อง ทันเวลา (0.50 คะแนน)</p>
1 คะแนน	<p>2. การบำบัดรักษาในสถานบริการ</p> <p>2.1 มีระบบการส่งต่อข้อมูล ระหว่างศูนย์คัดกรองกับสถานพยาบาลยาเสพติด (0.5 คะแนน)</p> <p>2.2 ผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ในระบบสมัครใจได้รับการบำบัดรักษาตามระดับความรุนแรง ร้อยละ 80 และ ผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตได้รับการส่งต่อและดูแลรักษาตามระบบ (0.5 คะแนน)</p>
1 คะแนน	<p>3. การดำเนินการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx)</p> <p>3.1 มีพื้นที่หมู่บ้านเป้าหมายในการดำเนินงานบำบัดรักษายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ครบทุกตำบล (0.5 คะแนน)</p> <p>3.2 มีรายงานการบำบัดรักษายาเสพติด CBTx ในระบบรายงาน บสต. (0.5 คะแนน)</p>
1 คะแนน	<p>4. ระบบรายงาน บสต.</p> <p>4.1 มีการบันทึกข้อมูลรายงานการคัดกรอง/บำบัดรักษา/ ติดตามเยี่ยมผู้ผ่านการบำบัดในระบบ บสต. ถูกต้องครบถ้วนและเป็นปัจจุบันหลังให้บริการภายใน 2 สัปดาห์ (0.5 คะแนน)</p> <p>4.2 มีการสรุปข้อมูลผลการดำเนินงานบำบัด/ติดตาม จากระบบรายงาน บสต. ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกเดือน (0.5 คะแนน)</p>

1 คะแนน	5. การติดตามเยี่ยมผู้ผ่านการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) - น้อยกว่าร้อยละ 62 (0.5 คะแนน) - มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 62.00 (1 คะแนน)
---------	--

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data**

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1ปี (Retention Rate)	ร้อยละ	54.80	69.30	71.40

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางธัญพร เรืองธรรม กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด 2.นางสาวปานิศรา ยานิพันธ์ กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและการบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำเย็น

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 13	โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
ตัวชี้วัดที่ R 38	ผลสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ในระดับอำเภอ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>โครงการ TO BE NUMBER ONE คือโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ใน <u>ทุกระดับมหิงอุปรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี</u> ทรงเป็นองค์ประธาน อำนวยการโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด</p> <p><b>คำขวัญโครงการ</b> เป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด</p> <p><b>3 ยุทธศาสตร์หลักของโครงการ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.การรณรงค์ปลุกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการ ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด</li> <li>2. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชนในชุมชน</li> <li>3. การพัฒนาทักษะชีวิตและเครือข่ายการป้องกันและช่วยเหลือ</li> </ol> <p><b>การจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE</b> ประกอบด้วย 3 ก (กรรมการ /กองทุน / กิจกรรม ) และ 3 ย (3 ยุทธศาสตร์หลัก)</p>

การดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE แยกเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้

ประเภทจังหวัด TO BE NUMBER ONE

ประเภทอำเภอ TO BE NUMBER ONE

ประเภท TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา

ประเภท TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา

ประเภท TO BE NUMBER ONE ในชุมชน

ประเภท TO BE NUMBER ONE ในสถานประกอบการ (ที่มีแรงงานตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป)

ประเภท TO BE NUMBER ONE ในกระทรวงยุติธรรม (เรือนจำ/สถานพินิจ/  
ศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน เขต 5/ สนง.คุมประพฤติ

**อำเภอ TO BE NUMBER ONE** หมายถึง อำเภอที่มีการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ และมีการประชุมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE
2. มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ รมรงค์สร้างกระแสเพื่อปลูกจิตสำนึกให้เยาวชนห่างไกลยาเสพติด, กิจกรรมพัฒนาศักยภาพเยาวชนเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และสร้างภูมิคุ้มกันให้เยาวชนไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด
3. มีการขับเคลื่อนและส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา, ในชุมชน และในสถานประกอบการ

**ชมรม TO BE NUMBER ONE** หมายถึง ชมรมที่มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบ ดังนี้

1. **กรรมการ** : โดยสมาชิก TO BE NUMBER ONE คัดเลือกกรรมการเพื่อบริหารจัดการชมรม มีบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างน้อย 5 คน ประกอบด้วย ประธาน รองประธาน เลขานุการ กรรมการ และเหรัญญิก ซึ่งกรรมการชมรม แบ่งเป็น 5 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายจัดหาทุน, ฝ่ายกิจกรรม, ฝ่ายประชาสัมพันธ์, ฝ่ายรับเรื่องราวร้องทุกข์, ฝ่ายสอดส่องดูแลและประเมินผล
2. **กองทุน** : กรรมการและสมาชิกร่วมดำเนินการจัดตั้งกองทุนเพื่อนำเงินรายได้หมุนเวียนใช้จ่ายในชมรม ซึ่งเป็นแนวทางสู่ความยั่งยืนของชมรม รวมถึงทรัพย์สินของชมรม เช่น อาคารที่ตั้งชมรม, วัสดุ/อุปกรณ์ ในชมรม เป็นต้น
3. **กิจกรรม** : สนับสนุนให้สมาชิกใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์เกิดความภาคภูมิใจและมองเห็นคุณค่าของตน อันเป็นหนทางห่างไกลยาเสพติด รวมทั้งให้โอกาส และสนับสนุนการคืนคนดีสู่สังคม ของสมาชิก “ ใครติดยากมีขึ้น ” เช่น การฝึกอาชีพ และ จัดหาอาชีพให้ เป็นต้น

**มีการจัดกิจกรรมตามยุทธศาสตร์ ทั้ง 3 ยุทธศาสตร์**

1. การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด ได้แก่
  - การรับสมัครสมาชิกชมรม โดยต้องมีการจัดทำทะเบียนข้อมูลสมาชิกชมรม

	<p>-ประชาสัมพันธ์ ผ่านสื่อต่างๆ เช่น Facebook /เสียงตามสาย /หอกระจายข่าว/ กลุ่มไลน์</p> <p>-จัดกิจกรรมดนตรี, กีฬา, การประกวดกิจกรรมสร้างสรรค์ ต่างๆ</p> <p>-การตรวจหาสารเสพติด : นร. /นศ. / ทหาร/ พระ /สามเณร เข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญต่างๆ ร่วมกับภาครัฐ</p> <p>- กิจกรรมอื่นๆ</p> <p>2. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชนและประชาชน เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดตั้งศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE</li> <li>- จัดการอบรมให้ความรู้เรื่องยาเสพติด ฯลฯ</li> <li>- โครงการไคร่ติดยายกมือขึ้น</li> </ul> <p>3. การสร้างและพัฒนาเครือข่าย เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนวิทยากร (อบรมให้ความรู้ที่เกี่ยวข้อง )</li> <li>- เป็นพี่เลี้ยง/ ที่ปรึกษาในการจัดตั้ง ชมรม TO BE NUMBER ONE แก่ ชมรม อื่นๆ</li> </ul> <p><b>ชมรม TO BE NUMBER ONE ต้นแบบ หมายถึง</b> ชมรมที่ดำเนินการตามองค์ประกอบ 3 ก 3 ย และมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ชัดเจน เป็นรูปธรรม สามารถเป็นแหล่งศึกษาดูงานของชมรมอื่นได้</p> <p><b>แบบประเมินตนเองของชมรม TO BE NUMBER ONE ระดับดีเด่น</b> หมายถึง ประเมินตนเองตามเกณฑ์การประกวดชมรม TO BE NUMBER ONE ดีเด่น (สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE กรมสุขภาพจิต)</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย		
ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
<p>-มีการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>- มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา ต้นแบบระดับดีเด่น อำเภอละ 1 ชมรม</p> <p>-มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน ต้นแบบระดับดีเด่น อำเภอละ 1 ชมรม</p>	<p>-มีการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>- มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา ต้นแบบระดับดีเด่น อำเภอละ 1 ชมรม</p> <p>-มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน ต้นแบบระดับดีเด่นอำเภอละ 1 ชมรม</p>	<p>-มีการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>- มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา ต้นแบบระดับดีเด่น อำเภอละ 2 ชมรม</p> <p>-มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน ต้นแบบระดับดีเด่น ตำบลละ 2 ชมรม</p>

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงาน อำเภอ TO BE NUMBER ONE อย่างต่อเนื่อง</li> <li>2. เพื่อพัฒนาศักยภาพชมรม TO BE NUMBER ONE ภายใต้ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในทุลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี</li> <li>3. มีการสร้างและขยายเครือข่าย</li> <li>4. เกิดนวัตกรรมของชมรม TO BE NUMBER ONE</li> </ol>
เป้าหมาย	25 อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รายงานใน <a href="https://data.dmh.go.th/">https://data.dmh.go.th/</a></li> <li>2. การรายงานผลการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE</li> </ol>
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <a href="https://data.dmh.go.th/">https://data.dmh.go.th/</a></li> <li>2. การรายงานผลการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE</li> </ol>
ระยะเวลาประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินรายงานบันทึกข้อมูลปีละ 4 ครั้ง (ไตรมาสที่ 1 ไม่เกินวันที่ 5 เดือนมกราคม, ไตรมาสที่ 2 ไม่เกินวันที่ 5 ของเดือนเมษายน, ไตรมาสที่ 3 ไม่เกินวันที่ 5 กรกฎาคม, ไตรมาสที่ 4 ไม่เกินวันที่ 5 เดือนตุลาคม)</li> <li>2. แบบรายงาน ปี 2 ครั้ง (ไตรมาส 2, ไตรมาส 4)</li> </ol>
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567 : (เฉพาะตัวชี้วัดที่เป็น Ranking)	<p>ประเมินผลการพัฒนาอำเภอ TO BE NUMBER ONE โดยแยกรายกิจกรรมที่สำคัญ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โครงสร้าง <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนอำเภอ TO BE NUMBER ONE</li> <li>1.2 มีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนอำเภอ TO BE NUMBER ONE อย่างน้อย 2/ครั้ง/ปี</li> </ol> </li> <li>2. แผนงานและโครงการ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 มีแผนงาน/โครงการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE</li> <li>2.2 มีการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE</li> </ol> </li> <li>3. มีการขับเคลื่อนและพัฒนางาน TO BE NUMBER ONE ในชมรมที่เกี่ยวข้อง</li> <li>4. มีการสร้างและขยายเครือข่ายของชมรม TO BE NUMBER ONE</li> <li>5. ชมรม TO BE NUMBER ONE มีนวัตกรรมที่เป็นประโยชน์แก่สมาชิกหรือแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> </ol>
<p><b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b></p> <p><u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 - 28 กุมภาพันธ์ 2567)</p> <p><u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2567)</p>	



คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนอำเภอ TO BE NUMBER ONE และกำหนดนโยบายแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม
1 คะแนน	มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ครบตาม 3 ยุทธศาสตร์ พร้อมสรุปผล
1 คะแนน	มีการจัดเก็บข้อมูลชมรมและสมาชิก TO BE NUMBER ONE เป็นปัจจุบัน ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนและส่งรายงานทันเวลา (ไตรมาสที่ 1 ไม่เกินวันที่ 5 เดือนมกราคม, ไตรมาสที่ 2 ไม่เกินวันที่ 5 ของเดือนเมษายน, ไตรมาสที่ 3 ไม่เกินวันที่ 5 กรกฎาคม, ไตรมาสที่ 4 ไม่เกินวันที่ 5 เดือนตุลาคม)
1 คะแนน	มีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาอำเภอละ 1 ชมรม และเข้าร่วมประกวดระดับภาค 1) จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา (0.5 คะแนน) 2) ชมรมเข้าร่วมประกวดระดับภาค (0.5 คะแนน)
1 คะแนน	มีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน อำเภอละ 1 ชมรม และเข้าร่วมประกวดระดับภาค 1) จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน (0.5 คะแนน) 2) ชมรมเข้าร่วมประกวดระดับภาค (0.5 คะแนน)
คะแนนเต็ม 5 คะแนน	
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการดำเนินงานโครงการรณรงค์ป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในทุลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ. 2560
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางธัญพร เรืองธรรม กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด 2.นางสาวปาณิสรา ยานิพันธ์ กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลน้ำยืน กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและการบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 13	โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
ตัวชี้วัดที่ R 39	การดำเนินงานควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5

<p><b>คำนิยาม</b></p>	<p><b>ผลิตภัณฑ์ยาสูบ</b> หมายความว่า ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืช “นิโคนาทาแบกุ่ม” (Nicotianatabacum) และให้ความรวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งบริโภคโดยวิธีสูบ ดูด ตม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใด เพื่อให้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยาตามกฎหมายว่าด้วยยา</p> <p><b>เครื่องตีมแอลกอฮอล์</b> หมายความว่า สุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น</p>
<p><b>เกณฑ์เป้าหมายปี 2567</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) มีแผนงานการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องตีมแอลกอฮอล์ในระดับอำเภอ</li> <li>2) มีการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ ออกตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง/ปี</li> <li>3) มีการดำเนินงานชุมชนและสถานศึกษาต้นแบบเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องตีมแอลกอฮอล์และยาสูบอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง</li> <li>4) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองผลิตภัณฑ์ยาสูบ มากกว่าร้อยละ 65</li> <li>5) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเครื่องตีมแอลกอฮอล์ มากกว่าร้อยละ 65</li> </ol>	
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) เพื่อขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องตีมแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ</li> <li>2) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่และเครื่องตีมแอลกอฮอล์ สร้างความตระหนักเรื่องพิษภัยและรู้เท่าทันกลยุทธ์ทางการตลาดและป้องกันนักสูบนักตีมหน้าใหม่</li> <li>3) เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่และสุรา/ ลดแรงสนับสนุนการตีม เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องตีมแอลกอฮอล์ โดยการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย</li> <li>4) เพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ และช่วยให้ผู้สูบ ผู้ตีมเลิกสูบบุหรี่และเลิกตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์</li> <li>5) เพื่อพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องตีมแอลกอฮอล์และยาสูบ</li> </ol>
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>-เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p> <p>-ภาคีเครือข่ายควบคุมบุหรี่และเครื่องตีมแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ</p> <p>-ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป</p>
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.รายงานผ่านระบบ 43 แฟ้ม ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์</li> <li>2. รายงานผลการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องตีมแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ</li> </ol>

แหล่งข้อมูล	1. HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานผลการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระดับอำเภอ
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง ไตรมาสที่ 2 และ 4
<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b> รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 - 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2567)	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
0.5 คะแนน	1. มีแผนงานการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอำเภอ
1.5 คะแนน	2.1 มีกิจกรรมการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ในวันงดสูบบุหรี่โลกหรือ วันต่อต้านยาเสพติด (0.5 คะแนน) 2.2 มีการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ ออกตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย ตามพระราชบัญญัติ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง/ปี (1 คะแนน)
2 คะแนน	3.1 มีชุมชนต้นแบบเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง (1 คะแนน) 3.2 มีสถานศึกษาต้นแบบเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง (1 คะแนน)
0.5 คะแนน	4. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองผลิตภัณฑ์ยาสูบ มากกว่าร้อยละ 65
0.5 คะแนน	5. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่าร้อยละ 65
คะแนนเต็ม 5 คะแนน	
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> <li>● คู่มือการบันทึกข้อมูลการบำบัดผู้เสพติดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ 43 แห่ง (Special PP) โครงการสร้างวิทยากรหนุนเสริมโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชันย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับภาคีเครือข่าย</li> <li>● คู่มือ การบริหารจัดการข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบในระบบ 43 แห่ง (Special PP) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>● พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560</li> <li>● พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551</li> </ul>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ	ร้อยละ	59.48	55.27	62.63
ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ร้อยละ	57.95	53.88	61.88
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางธัญพร เรืองธรรม กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด 2.นางสาวปาณิสรา ยานิพันธ์ กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลน้ำยืม กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและการบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำยืม			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 8	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 40	ระดับความสำเร็จของการจัดการเรื่อง Care D+ Team
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>ทีม Care D + เป็นหนึ่งในนโยบาย Quick Win ที่ต้องทำให้สำเร็จภายใน 100 วัน เป็นทีมประสานใจระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อลดปัญหาความขัดแย้งที่กว่าร้อยละ 90 เกิดจากการสื่อสารที่ไม่ตรงกัน การไม่สื่อสาร รวมทั้งขาดเทคนิคในการบริหารจัดการในสถานการณ์วิกฤติ ซึ่งทำให้สถานการณ์เล็กๆ กลายเป็นเรื่องใหญ่ ทั้งที่ในความเป็นจริงเพียงแค่สื่อสารไม่ตรงกันเท่านั้น ทีม Care D+ จะเป็นทีมที่เข้ามาช่วยสร้างวัฒนธรรมใหม่ ใช้หลักใจเขาใจเรา ทำหน้าที่ประสานใจระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ และ บุคลากรสาธารณสุข ให้เกิดความเข้าใจ ลดช่องว่างการสื่อสาร เพิ่มความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ และที่มากไปกว่านั้น คือ ความใส่ใจ หรือ Care พร้อมทั้งจะโอบอุ้ม ดูแลกัน ส่วน D คือ ตีต่อใจ Develop พัฒนาทักษะการสื่อสาร ในแบบง่ายๆ “Care for life Share for Love”</p>

เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อจัดตั้งทีมประสานใจ CARE D + ในการสื่อสารเชิงบวกในหน่วยงานระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์</li> <li>2. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการสื่อสารของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>3. เพื่อลดปัญหาข้อร้องเรียนหรือหากกรณีมีปัญหาข้อร้องเรียนในพื้นที่ ปัญหาได้รับการแก้ไขและสามารถสื่อสารให้เกิดความเข้าใจอันดี ลดช่องว่างการสื่อสารและผลกระทบในองค์กรและประชาชนผู้มารับบริการ</li> <li>4. เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีของหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ</li> </ol>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรทางการแพทย์/บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการประชาสัมพันธ์/บุคคลที่หน่วยงานพิจารณาและเห็นว่ามีความเหมาะสม		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบประเมินบุคลากร CARE D + ของกระทรวงสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 ทะเบียนทีมประสานใจ CARE D +</li> <li>2 บันทึกการรับข้อร้องเรียนที่ได้รับการดำเนินการแก้ไข</li> <li>3 ช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ของหน่วยบริการ</li> </ol>		
รายการข้อมูล 1	ผลการประเมินบุคลากร CARE D + (ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินผล)		
รายการข้อมูล 2	บุคลากร CARE D + ทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวน บุคลากร CARE D + ผ่านเกณฑ์การประเมิน = (A/B) ×100		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส ( ธันวาคม2566/มีนาคม2567/มิถุนายน2567/กันยายน 2567		

**เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567**

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ดำเนินการได้ ข้อที่ 1	ดำเนินการได้ ข้อที่ 1+2	ดำเนินการได้ ข้อที่ 1+2+3	ดำเนินการได้ ข้อที่ 1+2+3+4	ดำเนินการได้ ทั้ง 5 ข้อ

ข้อที่	เกณฑ์ประเมิน
1	มีการจัดตั้งทีม CARE D+/คณะกรรมการดำเนินงานในสถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข แห่งละ 1 ทีม (อย่างน้อยตามจำนวนที่ได้รับการจัดสรรจากจังหวัด/เขตสุขภาพที่ 10 )
2	บุคลากรทีม CARE D+ ในสถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุขได้รับการพัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข
3	- ทีม CARE D+/คณะกรรมการดำเนินงานในสถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุขมีการประชุมร่วมกันอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง - ทีม CARE D+/คณะกรรมการดำเนินงานในสถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุขมีการแสดงป้าย/สัญลักษณ์ทีม Care D+ชัดเจน ที่สามารถสื่อสารกับผู้มารับบริการ/บุคลากรทางการแพทย์ได้
4	- มีช่องทางการสื่อสารเชิงบวก ให้กับประชาชน ผู้มารับบริการ ในพื้นที่ได้รับทราบในรูปแบบสื่อบุคคล แพลตฟอร์มต่างๆ ฯลฯ - มีช่องการรับเรื่องร้องเรียนกับผู้มารับบริการ อาทิ กล้องรับความคิดเห็น แพลตฟอร์มต่างๆ ฯลฯ
5	ปัญหาข้อร้องเรียนในพื้นที่ได้รับการแก้ไข ร้อยละ 100

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางผกาฉายา พรหมสุรีย์ ศูนย์คุณภาพ 2.นางสาวปาณิศรา ยานินพันธ์ งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลน้ำยี่น กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและการบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำยี่น

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 2	โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ
ตัวชี้วัดที่ R 41	ระดับความสำเร็จการควบคุมป้องกันรักษาโรคฉี่หนู
ตัวชี้วัดย่อย ดังนี้	41.1 อัตราความสำเร็จการรักษา (ผู้ป่วยฉี่หนูโรคปอดรายใหม่) (≥90%) (0.3คะแนน) 41.2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยฉี่หนูรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (≥90%) (0.3 คะแนน) 41.3 อัตราการขาดยา (ผู้ป่วยฉี่หนูโรคปอดรายใหม่) (<1%) (0.2 คะแนน)

	<p>41.4 อัตราตาย (ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่) (&lt;5%) (0.3 คะแนน)</p> <p>41.5 อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (<math>\geq 90\%</math>) (0.3 คะแนน)</p> <p>41.6 ร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ (<math>\geq 90\%</math>) (0.3 คะแนน)</p> <p>41.7 ร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน (100%) (0.3 คะแนน)</p>
<p>ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน</p>	<p>รวมทั้งหมด 2 คะแนน</p>
<p>คำนิยาม</p>	<p>1.ผู้ป่วยวัณโรค (TB disease) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกายแต่ภูมิคุ้มกันไม่สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ เกิดพยาธิสภาพที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นวัณโรคอาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่น ๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p>3.ผู้ป่วยรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบข้อมูลวัณโรค NTIPมาก่อน (ไม่ว่าจะเป็น P หรือ EP,B+ หรือ B-)</p> <p>4.ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาและได้รับการประเมินว่ารักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยซ้ำ (ไม่ว่าจะเป็น P หรือ EP,B+ หรือ B-)</p> <p>5.รักษาสำเร็จ (treatment success) หมายถึง ผลรวมของการรักษาหาย (cured) กับรักษาครบ (treatment Completed)</p> <p>6.การรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษา (final outcome) จำแนกได้ ดังนี้</p> <p>6.1 รักษาหาย (cured) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจ AFB เป็นบวก (B+) ก่อนเริ่มการรักษาและรักษาครบกำหนด โดยพบผลตรวจ AFB smear (หรือ culture) เป็นลบในเดือนสุดท้ายและก่อนหน้านั้น 1 ครั้ง</p> <p>6.2 รักษาครบ (treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยรักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานว่าล้มเหลว ผู้ป่วยมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 1 ครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา แต่ไม่มีผลเสมหะในเดือนสุดท้าย</p>

**6.3 รักษาล้มเหลว (treatment failed)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ส่งตรวจผลเป็นบวก (smear หรือ culture positive) เมื่อสิ้นสุดการรักษาเดือนที่ 5 หรือหลังจากนั้น

**6.4 ตาย (died)** หมายถึง ตายด้วยสาเหตุใด ๆ ในระหว่างการรักษา

**6.5 ขาดยา (lost to follow-up)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่ได้เริ่มการรักษาหลังการวินิจฉัยหรือเริ่มการรักษาและต่อมาขาดยาตั้งแต่ 2 เดือนติดต่อกันขึ้นไป

**6.6 โอนออก (transfer out)** หมายถึง ผู้ป่วยที่โอนออกไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่นและไม่ทราบผลการรักษา (ให้เปลี่ยนผลการรักษา เมื่อทราบผลการรักษาสุดท้ายแล้ว)

**6.7 ประเมินผลไม่ได้ (not evaluated)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสรุปผลการรักษาครั้งสุดท้ายในรอบการประเมินนั้น ๆ ได้ เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษา เป็นต้น

### 7. การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง

**กลุ่มเสี่ยงสูง** หมายถึง กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มีโอกาสได้รับเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้ ได้แก่

**กลุ่มเสี่ยงที่ 1 ผู้สัมผัสร่วมบ้านวัณโรค/ติดยา สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค/ติดยา**

หมายถึง (1) ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งเสมหะพบเชื้อและเสมหะไม่พบเชื้อ (2) ผู้สัมผัสโรคร่วมที่ทำงาน ระยะเวลาติดต่อกัน 8 ชั่วโมง/วัน หรือ 120 ชั่วโมง/1 เดือน

**กลุ่มเสี่ยงที่ 2 ผู้ต้องขังในเรือนจำ** หมายถึง ผู้ต้องขังที่ได้รับการตัดสินต้องโทษทุกรายในเรือนจำกลางอุบลราชธานี

**กลุ่มเสี่ยงที่ 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี** หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ที่มารับบริการในหน่วยบริการ **กลุ่มเสี่ยงที่ 4 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

- ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg%) (ผลการตรวจ ปี 2566)

- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยโรคไต (CKD) ที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ที่เป็นโรคไต Stage 4, Stage 5 หรือมีค่าการทำงานของไต (GFR) < 30

**กลุ่มเสี่ยงที่ 5 ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป** หมายถึง ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ หรือที่มีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือที่มีโรคร่วมเบาหวาน

**กลุ่มเสี่ยงที่ 6 ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดยาเรื้อรัง** หมายถึง ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดยาเรื้อรัง ที่มารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลในเขตพื้นที่

**กลุ่มเสี่ยงที่ 7 กลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข** หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยทุกระดับ

**8.การ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่อยู่ในช่วงระหว่างการรักษาวัณโรค ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน เพื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเสี่ยง ได้แก่ เหนื่อย



	อ่อนเพลีย, เหนื่อยนอนราบไม่ได้, เจ็บแน่นหน้าอก, หายใจหอบ, มีผื่นร่วมกับหายใจไม่อิ่ม												
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>													
1. อัตราความสำเร็จการรักษา (ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่)													
<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>≥ 88%</td> <td>≥ 88%</td> <td>≥ 88%</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	≥ 88%	≥ 88%	≥ 88%	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>≥ 85%</td> <td>≥ 85%</td> <td>≥ 85%</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69											
≥ 88%	≥ 88%	≥ 88%											
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69											
≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%											
2. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ													
<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>≥ 85%</td> <td>≥ 85%</td> <td>≥ 85%</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>&lt; 1 %</td> <td>&lt; 1 %</td> <td>&lt; 1 %</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	< 1 %	< 1 %	< 1 %
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69											
≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%											
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69											
< 1 %	< 1 %	< 1 %											
3. อัตราการขาดยา (ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่)													
<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>&lt; 5 %</td> <td>&lt; 5 %</td> <td>&lt; 5 %</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	< 5 %	< 5 %	< 5 %	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>≥ 90%</td> <td>≥ 93%</td> <td>≥ 95%</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	≥ 90%	≥ 93%	≥ 95%
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69											
< 5 %	< 5 %	< 5 %											
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69											
≥ 90%	≥ 93%	≥ 95%											
4. อัตราตาย (ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่)													
<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>≥ 90%</td> <td>≥ 90%</td> <td>≥ 90%</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	100%	100%	100%
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69											
≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%											
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69											
100%	100%	100%											
5. อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก													
6. ร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ													
7. ร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน													
<b>วัตถุประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาสำเร็จ</li> <li>2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</li> </ol>												
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<p>1) การประเมินอัตราสำเร็จการรักษา (Success rate) / อัตราการขาดยา / อัตราตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ดังนี้</p> <p>ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (เดือน 1 ตุลาคม พ.ศ.2566 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566) ที่เป็นผู้ป่วย</p>												

	<p>ไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข <b>ไม่รวม</b>โรงพยาบาลเอกชน</p> <p>2) กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3) การประเมินการอัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก ใน 7 กลุ่มเสี่ยงสูง ที่มีในฐานข้อมูลของหน่วยบริการในอำเภอ นั้น ๆ โดยใช้เป้าหมายที่พื้นที่กำหนด ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566</p> <p>4) การประเมินร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ โดยข้อมูลการประมวลผลจาก NTIP Thailand รอบการคัดกรองปีงบประมาณ 2567</p> <p>5) การประเมินร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่อยู่สถานะกำลังรักษาทุกราย</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้</p> <p>บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)</p>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)</p>
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 1</p>	<p>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566)</p> <p>สูตรคำนวณ = <math>(A/B) \times 100</math></p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ(Completed)</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566)</p> <p><i>หมายเหตุ</i> * ในการประเมินรอบที่1 (ผลการรักษาสำเร็จ+กำลังรักษา+โอนออก) ** ในการประเมินรอบที่2 (ผลการรักษาสำเร็จ)</p>
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 2</p>	<p>อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ.2567)</p> <p>สูตรคำนวณ = <math>(A/B) \times 100</math></p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567)</p> <p>B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567</p>

	หมายเหตุ จำนวนคาดประมาณ คิดจากข้อมูลประชากรอ้างอิงจากทะเบียนราษฎร ปี 2566 คิดอัตรา 155 ต่อประชากรแสนคน
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 3	<p><b>อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566)</b></p> <p>สูตรคำนวณ = <math>(A/B) \times 100</math>  A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566) ที่มีผลการรักษาขาดยา  B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566)</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 4	<p><b>อัตราตายผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566)</b></p> <p>สูตรคำนวณ = <math>(A/B) \times 100</math>  A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566) ที่เสียชีวิตระหว่างการรักษา  B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566)</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 5	<p><b>อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก</b></p> <p>สูตรคำนวณ = <math>(A/B) \times 100</math>  A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง(7กลุ่มเสี่ยง) คัดกรองวัณโรคโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก  B = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง(7กลุ่มเสี่ยง) ที่พื้นที่กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 6	<p><b>ร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ</b></p> <p>สูตรคำนวณ = <math>(A/B) \times 100</math>  A = จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่คัดกรองวัณโรคด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก ที่มีผลตรวจปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค และมีผลตรวจเสมหะเป็นลบ ที่ส่งตรวจ Molecular (X-pert)  B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่คัดกรองวัณโรคด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก ที่มีผลตรวจปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค และมีผลตรวจเสมหะเป็นลบ ทุกราย</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 7	<p><b>ร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน</b></p> <p>สูตรคำนวณ = <math>(A/B) \times 100</math>  A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่อยู่ระหว่างการรักษา ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยภาวะฉุกเฉิน ได้รับการ admitted  B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่อยู่ระหว่างการรักษา ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยภาวะฉุกเฉินทุกราย</p>
ระยะเวลาประเมินผล	<p>1) ระยะเวลาประเมินผล 2 รอบ  <u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 66 - 28 กุมภาพันธ์ 67),  <u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 67 - 15 สิงหาคม 67)  2) ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส</p>
<p><b>เกณฑ์การประเมิน ปี 2567 :</b></p> <p>1. อัตราความสำเร็จการรักษา (Success rate) ของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566)</p>	

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥ 88% (ค่าประมาณการณ)	≥ 88% (ค่าประมาณการณ)	≥ 88%	≥ 88%

2. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ.2567)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥ 20%	≥ 45%	≥ 70%	≥ 85%

3. อัตราการขาดการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
< 1%	< 1%	< 1%	< 1%

4. อัตราตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
< 5%	< 5%	< 5%	< 5%

5. อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥ 20%	≥ 60%	≥ 90%	≥ 95%

6. ร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%

7. ร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
100%	100%	100%	100%

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัดที่ R 41.1 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษา

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567

(1 ตุลาคม 2566 –31 ธันวาคม 2566) และมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับ การรักษาครบ (Completed)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<60%	60-69.99%	70-79.99%	80-87.99%	≥88%

ตัวชี้วัดที่ R 41.2 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

รอบที่ 1 (1 ต.ค.66 – 28 กพ.67)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<7.99%	8-19.99%	20-31.99%	32-44.99%	≥ 45%

รอบที่ 2 (1 เมย.67 – 15 สค.67)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<10%	10-29.99%	30-59.99%	60-84.99%	≥ 85%

ตัวชี้วัดที่ R 41.3 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการขาดยา

**ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567**

(1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566) และมีผลการรักษาขาดยา > 60 วัน

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
>7%	5.01-7.00%	3.01-5.00%	1.01-3.00%	1%

หมายเหตุ : ผู้ป่วยวัณโรคที่เสี่ยงต่อการขาดยา ต้องมีกระบวนการทำ Case management / การทำประชาคมหมู่บ้านในการติดตามในช่วงระยะ 60 วัน

กรณีที่สรุปผลการรักษา ต้องรายสรุปผลการขาดยารายบุคคล (case conference) จะให้คะแนนเบื้องต้นที่ 3 คะแนน

**ตัวชี้วัดที่ R 41.4 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราตาย**

**ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567**

(1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566) และมีผลการเสียชีวิตระหว่างการรักษา

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
>14%	11.01-14.00%	8.01-11.00%	5.01-8.00%	5%

หมายเหตุ : ผู้ป่วยวัณโรคที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต ต้องมีกระบวนการทำ Case management ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม กรณีที่สรุปเสียชีวิตให้ทำ Dead case conference จะให้คะแนนเบื้องต้นที่ 3 คะแนน/ การทำประชาคมหมู่บ้านในการติดตามการยาในระยะ 60 วัน จะให้คะแนนเบื้องต้นที่ 3 คะแนน

**ตัวชี้วัดที่ R 41.5 เกณฑ์การให้คะแนนการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก**

รอบที่ 1 (1 ต.ค.66 – 28 กพ.67)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<15%	15-29.99%	30-44.99%	45-59.99%	≥ 60%

รอบที่ 2 (1 เมย.67 – 15 สค.67)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<60%	60-69.99%	70-79.99%	80-89.99%	≥ 90%

**ตัวชี้วัดที่ R 41.6 การส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ**

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<60%	60-69.99%	70-79.99%	80-89.99%	≥ 90%

**ตัวชี้วัดที่ R 41.7 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน**

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<70%	70-79.99%	80-89.99%	90-99.99%	100%

<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ</li> <li>2. ทะเบียน Register หรือแบบฟอร์ม TB08</li> <li>3. โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)</li> </ol>
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นางสาวทิพย์ฤดี หมุนสิงห์ คลินิกTB</li> <li>2. นางสาวยุวดี ศรีริ้วไตร กลุ่มงานควบคุมโรค</li> </ol>
<b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล</b>	<p>กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลน้ำยืน</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำยืน</p>

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence		
แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ Service Plan		
โครงการที่ 2	โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ		
ตัวชี้วัดที่ R 42	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน		
ค่าเป้าหมายปี 2567	ร้อยละ 95		
คำนิยาม	<p>1. HIV (Human immunodeficiency virus) หมายถึงไวรัสในกลุ่ม เรโทรไวรัส (retrovirus) เป็นสาเหตุของโรคภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องซึ่งจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันต้านทานล้มเหลว และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือที่คนไทยพูดติดปากกันว่า “โรคเอดส์” (AIDs acquired immune deficiency syndrome) เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อได้ทาง เลือด อสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอด หรือน้ำนม</p> <p>2. ผู้ป่วยAIDs (AIDs : Acquired Immune Deficiency Syndrome) หมายถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายของการติดเชื้อ HIVเป็นระยะภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายจนไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคต่างๆได้ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคต่าง ๆ มากมายหรือที่เรียกว่า เชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection)</p> <p>2. ผู้ติดเชื้อHIV หมายถึง ผู้มีเชื้อ HIV ในร่างกายทั้งที่แสดงอาการและไม่แสดงอาการซึ่งผู้ติดเชื้ออาจจะทราบหรือไม่ทราบว่าตนเองได้รับเชื้อ</p> <p>3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ยินยอมรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและผลตรวจพบเชื้อเอชไอวีในร่างกาย</p> <p>4. การรักษาด้วยยาต้านไวรัส หมายถึง ผู้ป่วยที่ยินยอมรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและผลตรวจพบเชื้อเอชไอวีในร่างกาย แล้วยินยอมขึ้นทะเบียนเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาด้วยการเริ่มกินยาต้านไวรัส</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส		
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยินยอมรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและผลตรวจพบเชื้อเอชไอวีในร่างกายได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเริ่มกินยาต้านไวรัสและได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน เป็นการลดโอกาสการเกิดโรคแทรกซ้อน ลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี และลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ		

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เกณฑ์การประเมินมี ดังนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยินยอมรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและผลตรวจพบเชื้อเอชไอวี ในร่างกายและเริ่มรักษาด้วยการกินยาต้านไวรัส คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขึ้นทะเบียนและกินยา ในไตรมาสที่ 1-3 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ.2566 – 31 มิถุนายน พ.ศ. 2567) ที่เป็นผู้ป่วยที่เป็นคนไทย รวมทั้งผู้ป่วยในเรือนจำ รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ 1. นำเข้าข้อมูลในโปรแกรมพัฒนาคุณภาพข้อมูลในระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ( Data-driven Continous for Quality Improvement : DQI ) 2. บันทึกข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผ่านโปรแกรม Nap Plus
แหล่งข้อมูล	1.โปรแกรมพัฒนาคุณภาพข้อมูลในระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Data- driven Continous for Quality Improvement : DQI ) 2.โปรแกรมบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (NAP WebReports ) 3.ข้อมูลผลการดำเนินงานเอตส์ในเวปไซต์ : Hiv Info Hub .ddc.moph.go.th
ระยะเวลาประเมินผล	ระยะเวลาประเมินผล 2 รอบ รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 66 - 28 กุมภาพันธ์ 67) รอบที่ 2 (1 เมษายน 67 - 15 สิงหาคม 67)
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วย HIV ที่รับรู้สถานะการติดเชื้อและได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วย HIV ในฐานข้อมูลโปรแกรม Nap Plus
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567	
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 66 - 28 กุมภาพันธ์ 67)	
รอบที่ 2 (1 เมษายน 67 - 15 สิงหาคม 67)	
คะแนน	การประเมินผล
1 คะแนน	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 74
2 คะแนน	ร้อยละ 75-79
3 คะแนน	ร้อยละ 80-84
4 คะแนน	ร้อยละ 85-92
5 คะแนน	มากกว่าร้อยละ 92
เอกสารสนับสนุน	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data	

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ผลงานการดำเนินงาน	ร้อยละ	84	86	85
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	1.แนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี2564/2565 2.โปรแกรม Nap PLus 3.โปรแกรมบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (NAP Web reports) 4.โปรแกรมพัฒนาคุณภาพข้อมูลในระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Data-driven Continuous for Quality Improvement : DQI)			
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	1. นางพัชรี ชินวงศ์ คลินิกมณีนิล 2. นางสาวยุวดี ศิริวัตร งานควบคุมโรค			
<b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล</b>	กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 8	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ
<b>ตัวชี้วัดที่ R 43</b>	<b>ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย</b>
<b>ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน</b>	<b>1 คะแนน</b>
<b>ค่าเป้าหมายปี 2567</b>	<b>ความสำเร็จระดับ 5</b>
<b>คำนิยาม</b>	<p>ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพใน 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยผู้สูงอายุ ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>กลุ่มหญิงตั้งครรภ์</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน) โดยทันตบุคลากร (<math>\geq</math> ร้อยละ 55)</li> </ul> </li> <li><b>กลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>เด็กอายุ 0 - 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) (<math>\geq</math> ร้อยละ 75)</li> <li>เด็กอายุ 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นับรวมฝึกผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปาก (<math>\geq</math> ร้อยละ 75)</li> <li>เด็กอายุ 3 - 5 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (<math>\geq</math> ร้อยละ 75)</li> <li>เด็กอายุ 3 - 5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (<math>\geq</math> ร้อยละ 75)</li> </ul> </li> </ol>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบด้านทันตสุขภาพ (ส่งภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2567) (อย่างน้อย จำนวน 1 แห่ง / อำเภอ)</li> </ul> <p><b>3. กลุ่มเด็กวัยเรียน (6 - 12 ปี)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เด็กอายุ 6 - 12 ปีทุกคน ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ (คน) (<math>\geq</math> ร้อยละ 30)</li> <li>- เด็กอายุ 6 - 12 ปีทุกคน ได้รับการบริการทันตกรรม (คน) (<math>\geq</math> ร้อยละ 60)</li> <li>- โรงเรียนต้นแบบด้านทันตสุขภาพ (ส่งภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2567) (อย่างน้อย จำนวน 1 แห่ง / อำเภอ)</li> </ul> <p><b>4. กลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้มีอายุ 15 - 59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) (<math>\geq</math> ร้อยละ 25)</li> <li>- กลุ่มก่อนวัยสูงอายุได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปาก PMDs (คน) (<math>\geq</math> ร้อยละ 40)</li> <li>- หน่วยบริการต้นแบบด้านทันตสุขภาพกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ (ส่งภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2567) (อย่างน้อย จำนวน 1 แห่ง / อำเภอ)</li> </ul> <p><b>5. กลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปาก PMDs (คน) (<math>\geq</math> ร้อยละ 40)</li> <li>- ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนร่วมกับ CG (<math>\geq</math> ร้อยละ 80)</li> <li>- จำนวนผู้สูงอายุและก่อนวัยสูงอายุ ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก (ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย)</li> <li>- จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองเพื่อใส่รากฟันเทียมรองรับฟันปลอมทั้งปาก (ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย (คัดกรอง)</li> <li>- รายงานผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง (ส่งภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567) (อย่างน้อย จำนวน 2 ราย/อำเภอ)</li> <li>- ชมรมผู้สูงอายุต้นแบบด้านทันตสุขภาพ (ส่งภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567) (อย่างน้อย จำนวน 1 แห่ง / อำเภอ)</li> <li>- ผู้สูงอายุฟันดี 78 - 89 ปี ,90 ปีฟันดี ตามเกณฑ์ (ส่งภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567) (อย่างน้อย จำนวน 1 คน / อำเภอ)</li> </ul> <p>โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 รอบ และใช้เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ของแต่ละรอบ ตามแนวทางที่กำหนด</p>
--	--

**เกณฑ์เป้าหมาย**

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5

<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพใน 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยผู้สูงอายุ
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ประชาชนในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการ (รพศ. / รพท. / รพช. / รพ.สต.)
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	1. การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HIS และ JHCIS 2. แบบฟอร์มรายงานที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี กำหนด

แหล่งข้อมูล	1. รายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี 2. ข้อมูล 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการ 3. สรุปผลการนิเทศงานผสมผสาน 4. สรุปผลการรายงานตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี 5. สรุปผลการดำเนินงาน Best practice
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผลงานรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ B1 = จำนวนเป้าหมายรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนผลงานรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) B2 = จำนวนเป้าหมายรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี)
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนผลงานรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (6 - 12 ปี) B3 = จำนวนเป้าหมายรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (6 - 12 ปี)
รายการข้อมูล 4	A4 = จำนวนผลงานรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี) B4 = จำนวนเป้าหมายรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี)
รายการข้อมูล 5	A5 = จำนวนผลงานรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) B5 = จำนวนเป้าหมายรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$
ระยะเวลาประเมินผล	แบ่งการประเมินออกเป็น 2 รอบ รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2566 - 28 กุมภาพันธ์ 2567 รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2567

### เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2566 - 28 กุมภาพันธ์ 2567

รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2567

ลำดับ	ตัวชี้วัด	คะแนน			
		คะแนนดิบ	คะแนนรวม	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
	<b>1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์</b>		<b>5 คะแนน</b>	<b>0.50</b>	
	- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน) โดยทันตบุคลากร ( $\geq$ ร้อยละ 55)	5 คะแนน			
	<b>2. กลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี)</b>		<b>20 คะแนน</b>	<b>1.00</b>	
	- เด็กอายุ 0 - 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ( $\geq$ ร้อยละ 30)	5 คะแนน			
	- เด็กอายุ 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นับรวมฝึกผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปาก ( $\geq$ ร้อยละ 30)	5 คะแนน			
	- เด็กอายุ 3 - 5 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) ( $\geq$ ร้อยละ 30)	5 คะแนน			
	- เด็กอายุ 3 - 5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) ( $\geq$ ร้อยละ 30)	5 คะแนน			
	<b>3. กลุ่มเด็กวัยเรียน (6 - 12 ปี)</b>		<b>10 คะแนน</b>	<b>1.00</b>	

- เด็กอายุ 6 - 12 ปีทุกคน ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน) (≥ ร้อยละ 10)	5 คะแนน			
- เด็กอายุ 6 - 12 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม (คน) (≥ ร้อยละ 20)	5 คะแนน			
<b>4. กลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี)</b>		<b>10 คะแนน</b>	<b>1.00</b>	
- ผู้มีอายุ 15 - 59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) (≥ ร้อยละ 10)	5 คะแนน			
- กลุ่มก่อนวัยสูงอายุได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี้ยวมะเร็งในช่องปาก PMDs (คน) (≥ ร้อยละ 15)	5 คะแนน			
<b>5. กลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)</b>		<b>35 คะแนน</b>	<b>1.50</b>	
- กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี้ยวมะเร็งในช่องปาก PMDs (คน) (≥ ร้อยละ 15)	5 คะแนน			
- ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผน ร่วมกับ CG (≥ ร้อยละ 40)	5 คะแนน			
- จำนวนผู้สูงอายุและก่อนวัยสูงอายุ ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก หรือเกือบทั้งปาก (≥ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย)	5 คะแนน			
- จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองเพื่อใส่รากฟันเทียมรองรับฟันปลอมทั้งปาก (ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย (คัดกรอง))	5 คะแนน			
- รายงานผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง (ส่งภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567) (อย่างน้อย จำนวน 2 ราย / อำเภอ)	5 คะแนน			
- ชมรมผู้สูงอายุต้นแบบด้านทันตสุขภาพ (ส่งภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567) (อย่างน้อย จำนวน 1 แห่ง / อำเภอ)	5 คะแนน			
- ผู้สูงอายุฟันดี (78 - 89 ปี , 90 ปี ฟันดีตามเกณฑ์) (ส่งภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567) (อย่างน้อย จำนวน 1 คน / อำเภอ)	5 คะแนน			

### การประเมินรอบที่ 1

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก ≤ 1.00 คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก > 1.00 คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก > 2.00 คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก > 3.00 คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก > 4.00 คะแนน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	คะแนน			
		คะแนนดิบ	คะแนนรวม	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
	<b>1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์</b>		<b>5 คะแนน</b>	<b>0.50</b>	
	- หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาด ฟัน (คน) โดยทันตบุคลากร (≥ ร้อยละ 55)	5 คะแนน			
	<b>2. กลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี)</b>		<b>25 คะแนน</b>	<b>1.00</b>	
	- เด็กอายุ 0 - 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) (≥ ร้อยละ 75)	5 คะแนน			
	- เด็กอายุ 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นับรวมฝึกผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปาก (≥ ร้อยละ 75)	5 คะแนน			
	- เด็กอายุ 3 - 5 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (≥ ร้อยละ 75)	5 คะแนน			

- เด็กอายุ 3 - 5 ปี เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (≥ ร้อยละ 75)	5 คะแนน				
- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบด้านทันตสุขภาพ (ส่งภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2567) (อย่างน้อย จำนวน 1 แห่ง / อำเภอ)	5 คะแนน				
<b>3. กลุ่มเด็กวัยเรียน (6 - 12 ปี)</b>		<b>15 คะแนน</b>	<b>1.00</b>		
- เด็กอายุ 6 - 12 ปีทุกคน ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน) (≥ ร้อยละ 30)	5 คะแนน				
- เด็กอายุ 6 - 12 ปีทุกคน ได้รับการทันตกรรม (คน) (≥ ร้อยละ 60)	5 คะแนน				
-โรงเรียนต้นแบบด้านทันตสุขภาพ (ส่งภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2567) (อย่างน้อยจำนวน 1 แห่ง/อำเภอ)	5 คะแนน				
<b>4. กลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี)</b>		<b>15 คะแนน</b>	<b>1.00</b>		
- ผู้มีอายุ 15 - 59 ปี ได้รับการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) (≥ ร้อยละ 25)	5 คะแนน				
- กลุ่มก่อนวัยสูงอายุได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปาก PMDs (คน) (≥ ร้อยละ 40)	5 คะแนน				
- หน่วยบริการต้นแบบด้านทันตสุขภาพกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ (ส่งภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2567) (อย่างน้อย จำนวน 1 แห่ง / อำเภอ)	5 คะแนน				
<b>5. กลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)</b>		<b>15 คะแนน</b>	<b>1.50</b>		
- กลุ่มผู้สูงอายุ ที่ได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปาก PMDs (คน) (≥ ร้อยละ 40)	5 คะแนน				
- ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนร่วมกับ CG (≥ ร้อยละ 80)	5 คะแนน				
- จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองเพื่อใส่รากฟันเทียมรองรับฟันปลอมทั้งปาก (ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย (คัดกรอง)	5 คะแนน				

### การประเมินรอบที่ 2

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก ≤ 1.00 คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก > 1.00 คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก > 2.00 คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก > 3.00 คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก > 4.00 คะแนน

<b>ที่มาข้อมูล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>รายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี</li> <li>ข้อมูล 43 แห่ง ของหน่วยบริการ</li> <li>สรุปผลการนิเทศงานผสมผสาน</li> <li>สรุปผลการรายงานตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี</li> <li>สรุปผลการดำเนินงาน Best practice</li> </ol>
--------------------	---

### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

รายการ	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน) โดยทันตบุคลากร	ร้อยละ	25.74	36.08	39.16
2. เด็กอายุ 0 - 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	56.98	59.15	63.98

3. เด็กอายุ 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นับรวมฝึกผู้ปกครอง ทำความสะอาดช่องปาก	ร้อยละ	58.64	61.22	70.27
4. เด็กอายุ 3 - 5 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)	ร้อยละ	64.57	62.83	72.07
5. เด็กอายุ 3 - 5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)	ร้อยละ	63.45	62.99	75.36
6. เด็ก 6 - 12 ปีทุกคน ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ (คน)	ร้อยละ	14.34	12.82	21.45
7. เด็ก 6 - 12 ปีทุกคน ได้รับการทันตกรรม (คน)	ร้อยละ	68.09	60.00	67.85
8. ผู้มีอายุ 15 - 59 ปี ได้รับการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	35.56	32.93	24.51
9. ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนร่วมกับ CG	ร้อยละ	65.89	64.26	66.21
10. จำนวนผู้สูงอายุและก่อนวัยสูงอายุ ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก	ร้อยละ	N/A	N/A	106.01

ที่มา : HDC จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวทศนวรรณ ชูศรี กลุ่มงานทันตสาธารณสุข 2. นางสาวภัชราพร วงษ์จันทร์ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลน้ำยืน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 8	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 44	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการทางทันตสาธารณสุข
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการทางทันตสาธารณสุข หมายถึง การจัดการบริการด้านทันตสาธารณสุขที่มีคุณภาพ เอื้อต่อการมีสถานะทันตสุขภาพที่ดี มีระบบรายงานข้อมูลที่สามารถวิเคราะห์ และนำมาพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ตามนโยบายสำคัญต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p><b>1. สถานะทันตสุขภาพ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุ Caries free (คน) (<math>\geq</math> ร้อยละ 75) (เงื่อนไขเบื้องต้น ต้องมีการตรวจฟันมากกว่า ร้อยละ 50)</li> <li>- เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ (Caries free) (คน) (<math>\geq</math> ร้อยละ 72) (เงื่อนไขเบื้องต้น ต้องมีการตรวจฟันมากกว่า ร้อยละ 50)</li> <li>- เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (คน) (<math>\geq</math> ร้อยละ 80) (เงื่อนไขเบื้องต้น ต้องมีการตรวจฟันมากกว่า ร้อยละ 50)</li> </ul>

	<p>- ผู้ที่มีอายุ 60 ปีมีพื้นที่ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี (&gt; ร้อยละ 75) (เงื่อนไขเบื้องต้น ต้องมีการตรวจพื้นมากกว่า ร้อยละ 50)</p> <p><b>2. งานพัฒนาคุณภาพบริการ</b></p> <p>- ร้อยละการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม (&gt; ร้อยละ 30)</p> <p>- คุณภาพการรายงานตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข (รายเดือน) (&gt; ร้อยละ 80 ของจำนวนหน่วยบริการ)</p> <p>- การพัฒนางาน (อสม.) ดีเด่น สาขาทันตสุขภาพ (อย่างน้อย จำนวน 1คน / อำเภอ) โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 รอบ และใช้เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ของแต่ละรอบตามแนวทางที่กำหนด</p>
--	---

<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5

<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข โดยการบริหารจัดการข้อมูล อย่างมีประสิทธิภาพ
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	หน่วยบริการทุกระดับ รพศ./รพท./รพช./ รพ.สต.
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	1. การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HIS และ JHCIS 2. แบบฟอร์มรายงานที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนด 3. ข้อมูลการจัดซื้อรายไตรมาส
<b>แหล่งข้อมูล</b>	1. รายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี 2. ข้อมูล 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการ 3. สรุปผลการนิเทศงานผสมผสาน 4. สรุปผลการรายงานตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี 5. สรุปผลการดำเนินงาน Best practice 6. ระบบรายงานการบริหารเวชภัณฑ์ สำนักบริหารสาธารณสุข
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A1 = จำนวนผลงานรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มสภาวะทันตสุขภาพ B1 = จำนวนเป้าหมายรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มสภาวะทันตสุขภาพ
<b>รายการข้อมูล 2</b>	A2 = จำนวนผลงานรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ B2 = จำนวนเป้าหมายรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$

**เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567**  
**รอบที่ 1** (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

หัวข้อการประเมิน	รวมคะแนน	คะแนนรวม ตัวชี้วัดย่อย (รายหัวข้อ การประเมิน)	คะแนนหลัง ถ่วงน้ำหนัก (รายหัวข้อ การประเมิน)
1. งานคุณภาพบริการ		<b>15 คะแนน</b>	<b>5.00</b>
- ร้อยละการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ( $\geq$ ร้อยละ 15)	5 คะแนน		
- คุณภาพการรายงานตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข (รายเดือน) ( $\geq$ ร้อยละ 80 ของจำนวนหน่วยบริการ)	5 คะแนน		
- การพัฒนา (อสม.) ดีเด่น สาขาทันตสุขภาพ (อย่างน้อย จำนวน 1 คน / อำเภอ)	5 คะแนน		

เกณฑ์การประเมินรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2567

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก $\leq 1.00$ คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก $> 1.00$ คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก $> 2.00$ คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก $> 3.00$ คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก $> 4.00$ คะแนน

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

หัวข้อการประเมิน	รวมคะแนน	คะแนนรวม ตัวชี้วัดย่อย (รายหัวข้อ การประเมิน)	คะแนนหลัง ถ่วงน้ำหนัก (รายหัวข้อ การประเมิน)
1. สภาวะทันตสุขภาพ		<b>20 คะแนน</b>	<b>3.00</b>
- เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุ (Caries free) (คน) (เงื่อนไขเบื้องต้น ต้องมีการตรวจฟันมากกว่า ร้อยละ 50) ( $\geq$ ร้อยละ 75)	5 คะแนน		
- เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ (Caries free) (คน) (เงื่อนไขเบื้องต้น ต้องมีการตรวจฟันมากกว่า ร้อยละ 50) ( $\geq$ ร้อยละ 72)	5 คะแนน		
- เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) (คน) (เงื่อนไขเบื้องต้น ต้องมีการตรวจฟันมากกว่า ร้อยละ 50) ( $\geq$ ร้อยละ 80)	5 คะแนน		
- ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ (เงื่อนไขเบื้องต้น ต้องมีการตรวจฟันมากกว่า ร้อยละ 50) ( $\geq$ ร้อยละ 75)	5 คะแนน		
2. งานคุณภาพบริการ		<b>10 คะแนน</b>	<b>2.00</b>
- ร้อยละการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ( $\geq$ ร้อยละ 30)	5 คะแนน		
- คุณภาพการรายงานตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข (รายเดือน) ( $\geq$ ร้อยละ 80 ของจำนวนหน่วยบริการ)	5 คะแนน		

เกณฑ์การประเมินรอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2567

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก $\leq 1.00$ คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก $> 1.00$ คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก $> 2.00$ คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก $> 3.00$ คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก $> 4.00$ คะแนน

ที่มา :	1. รายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี 2. ข้อมูล 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการ 3. สรุปผลการนิเทศงานผสมผสาน 4. สรุปผลการรายงานตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี 5. สรุปผลการดำเนินงาน Best practice 6. ระบบรายงานการบริหารเวชภัณฑ์ สำนักบริหารสาธารณสุข				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data</b>					
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2564	2565	2566
1. เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุ carie free (คน)		ร้อยละ	78.78	82.33	79.14
2. เด็ก 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ (caries free) (คน)		ร้อยละ	68.08	77.88	76.76
3. เด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (คน)		ร้อยละ	75.59	82.88	81.42
4. ผู้สูงอายุ 60 ปีมีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่		ร้อยละ	74.42	74.67	75.17
5. ร้อยละการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม		ร้อยละ	34.05	28.75	35.75
6. คุณภาพการรายงานตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข (รายเดือน)		ร้อยละ	N/A	N/A	N/A
เอกสารสนับสนุน	ยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปาก กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวทศนวรรณ ชูศรี กลุ่มงานทันตสาธารณสุข 2. นางสาวภัชราพร วงษ์จันทร์ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลน้ำยืน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำยืน				

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนากระบวนการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 6	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ตัวชี้วัดที่ R 45	(ระดับความสำเร็จ) ร้อยละของประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 40)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	1. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD)รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และงานเชิงรุกในชุมชนซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์



รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

03 สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี  
(สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระ เกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม

04 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน

08 ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล

13 ศูนย์บริการสาธารณสุข

18 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

**2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย** หมายถึง บริการการตรวจวินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร

- การปรุงยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การปรุงยาตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

- ยาแผนไทยที่มี گیษุษาปรุงผสม گیษุษาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืช گیษุษา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึง گیษุษาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืช گیษุษา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น

- การนวดเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ

- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ

- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ

- การบำบัดมือเกลือ

- การพอกยาสมุนไพร

- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย

- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก

- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน

**รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย**

1. โรคสตรี: U50 ถึง U52

2. โรคเด็ก: U54 ถึง U55

3. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ U56 ถึง U60

4. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U61 ถึง U72

5. โรคและอาการอื่น: U74 ถึง U75
6. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค: U77
- รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081)**
- 1100 ผู้ป่วยได้รับการนวดเพื่อการรักษาที่บ้าน
- 1101 การบริการนวดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
- 1102 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน
- 11020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
- 1103 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน
- 1104 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
- 1105 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน
- 11050 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน
- 11051 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน
- 11052 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่บ้าน
- 11053 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านมที่บ้าน
- 11058 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่นที่บ้าน
- 1106 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการหัดหม้อเกลือที่บ้าน
- 11060 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน
- 1107 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน
- 11070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน
- 11071 การให้คำแนะนำ หญิงหลังคลอด และการบริบาลทารก
- ด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน
- 1108 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่นๆที่บ้าน
- 11080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน
- 11081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน
- รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183)**
- 11100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)
- 11101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายนวดกษัยปัจเวช เป็นต้น
- 11102 การให้บริการสมาธิบำบัด
- 11103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)
- 11104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนิร์ฟแอสซิสต์ (Nerve Assist)
- 11105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)
- 11110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy)
- 11111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอท (Krtogenic Diet)/อาหารพร่องแป้ง

	<p>(Low-carb Diet)</p> <p>11112 การให้บริการแม่โครโบไอติก (Macrobiotics)</p> <p>11113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน - เย็น</p> <p>11180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)</p> <p>11181 การให้บริการพลังบำบัดเช่นพลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น</p> <p>11182 การให้บริการกัวซา (Guasa)</p> <p>11183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับสมดุลร่างกาย ด้วยอาหารและสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพที่ดี)</p> <p><b>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก</b> หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p><b>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน</b></p> <p>1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78</p> <p>2. รหัสวินิจฉัยรูปแบบกลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification/ Syndrome differentiation in Chinese Medicine) : U79</p>
--	--

<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 45)	ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 50)	ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 55)

<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย สอน. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่ได้รับการปฐมภูมิในชุมชน (กิจกรรมบริการบุคคล/เยี่ยมบ้าน)
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แพ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
<b>แหล่งข้อมูล</b>	43 แพ้ม (PERSON/ PROVIDER/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ COMMUNITY_SERVICE)

<b>รายการข้อมูล 1 (A)</b>	<p>A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือ U78 ถึง U79 หรือการส่งจ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือการให้หัตถการ (900-77-00 ถึง 900-78-88) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (900-79-00 ถึง 900-79-99) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่นับรวมรหัส Z</p>
<b>รายการข้อมูล 1 (B)</b>	<p>B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง 176 หรือแพทย์แผนจีนที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U78 ถึง U79 ทั้งนี้ หากมีหัตถการหรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า 1 รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ 1 ครั้ง (visit)</p>
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$
<b>วิธีประเมินผล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลจาก HDC สสจ.อุบลราชธานี</li> <li>ข้อมูลจากการนิเทศงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</li> </ol>
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	<p>ประเมิน 2 รอบ/ปี</p> <p><u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)</p> <p><u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)</p>
<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b>	
<b>คะแนน</b>	<b>เกณฑ์การประเมินผล</b>
1 คะแนน	< ร้อยละ 36.9
2 คะแนน	ร้อยละ 37-37.9
3 คะแนน	ร้อยละ 38-38.9
4 คะแนน	ร้อยละ 39-39.9
5 คะแนน	ร้อยละ 40 ขึ้นไป
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน</li> <li>คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</li> <li>แนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ</li> <li>หลักสูตรเวชปฏิบัติของแพทย์แผนไทยเพื่อปฏิบัติงานในทีมผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</li> </ol>

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวกมลวรรณ เลิศอุดม กลุ่มแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก 2.นางสาวประณี พงษ์กิ่ง งานแพทย์แผนไทย สสม.
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำเย็น

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 6	โครงการพัฒนาาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ตัวชี้วัดที่ R 46	(ระดับความสำเร็จ) ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น (เพิ่มขึ้นร้อยละ 4)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การบริหารป็นสภาวะระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารป็นสภาวะผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69</p> <p><b>คำนิยามด้านการแพทย์แผนไทย</b></p> <p>อัมพฤกษ์ (Paresis) อัมพาต (paralysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้อง กับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตกหรือเกิดจาก สมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่าเกิดจากลมอโรคมาวาตา และลมอุทังคมาวาตา พัดระคนกัน (แพทย์ศาสตร์ สงเคราะห์,2542: 2546) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U61.0 ถึง U61.19</p>

**การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก** หมายถึง บริการการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ได้แก่

1. การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
2. การรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
  - การนวดเพื่อการรักษา ฟื้นฟูสภาพ
  - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ
  - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ
  - การฝังเข็ม
3. การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณานำยาในกลุ่มรายการยารักษาอาการกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ยาแก้ลมอัมพฤกษ์, ยาผสมโคคลาน, ยาผสมเถาวัลย์เปรียง และยาสหัชชารามาใช้เพื่อร่วมรักษาอาการของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (บัญชียาหลักแห่งชาติ, 2558)

**เงื่อนไขการให้รหัสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก**

1. **แพทย์แผนปัจจุบัน** ให้รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้
  - เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: I60
  - เลือดออกในสมองใหญ่: I61
  - เลือดออกในกะโหลกศีรษะแบบอื่นที่ไม่เกิดจากการบาดเจ็บ: I62
  - เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I63
  - โรคอัมพาตเฉียบพลันไม่ระบุว่าเกิดจากเลือดออก,เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด : I64
  - อุดตัน,ตีบของหลอดเลือดแดงก่อนถึงสมองไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I65
  - อุดตัน,ตีบของหลอดเลือดแดงของสมอง แต่ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I66
  - โรคหลอดเลือดสมองอื่น: I67
  - โรคหลอดเลือดสมองในโรคที่จำแนกไว้ที่อื่น: I68
  - ผลที่ตามมาของโรคหลอดเลือดสมอง: I69
2. **แพทย์แผนไทย** ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับอัมพฤกษ์ อัมพาต ดังนี้
  - อัมพฤกษ์หรือ ลมอัมพฤกษ์: U61.0
  - อัมพาตครึ่งซีก: U61.10
  - อัมพาตครึ่งท่อนล่าง: U61.11
  - อัมพาตทั้งตัว: U61.12

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัมพาตเฉพาะแขน: U61.13</li> <li>- อัมพาตเฉพาะขา: U61.14</li> <li>- อัมพาตหน้า: U61.15</li> <li>- อัมพาตชนิดอื่น ที่ระบุรายละเอียด: U61.18</li> <li>- อัมพาต ไม่ระบุรายละเอียด: U61.19</li> </ul> <p>ควบคู่กับการให้หัตถการแผนไทย (900-77-00) ถึง (900-78-88) หรือการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับที่มี รหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 ในพื้นที่รับผิดชอบในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ</p> <p><b>3. แพทย์แผนจีน</b> ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย 160 ถึง 169 อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และโรคตามมาจากรโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลมภายใน (Apoplectic wind stroke): U78.110</li> <li>- อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Prodrome of wind stroke): U78.111</li> <li>- โรคตามมาจากรโรคหลอดเลือดสมอง (Sequelae of wind stroke): U78.112</li> <li>- โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณแขนง (Collateral stroke): U78.113</li> <li>- โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณหลัก (เส้นจิง) โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการหนักขึ้น (Meridian stroke): U78.114</li> <li>- โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะกลาง โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเบาว่าโรคหลอดเลือดสมองที่อวัยวะตัน (Bowel stroke): U78.115</li> <li>- โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะตัน (Visceral stroke): U78.116</li> <li>- อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): U78.117</li> </ul> <p>ควบคู่กับการให้หัตถการการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>9991801 Electro-acupuncture therapy</li> <li>9991810 Single-handed needle insertion</li> <li>9021801 Subcutaneous electro-needling</li> <li>9991811 Double-handed needle insertion</li> <li>9031801 Muscle electro-needling</li> </ul>								
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>									
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 2567</td> <td style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 2568</td> <td style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 2569</td> <td style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 2570</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 15</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 25</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570						
ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25						
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) เข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์								

	ทางเลือกที่มีคุณภาพ ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ทั้งผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แพ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
แหล่งข้อมูล	43 แพ้ม (PERSON/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ADMISSION/ DIAGNOSIS_IPD/ DRUG_IPD/ PROCEDURE_IPD/)
รายการข้อมูล 1 (A)	A = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการแพทย์แผนไทยฯ (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ควบคู่กับ U61.0 ถึง U61.19 และให้หัตถการ (900-77-00) ถึง (900-78-88) หรือสั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับที่มีรหัส ขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัว มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ควบคู่กับ U78.110 ถึง U78.117 และให้หัตถการแพทย์แผนจีน 9991801 หรือ 9991810 หรือ 9021801 หรือ 9991811 หรือ 9031801 อย่างใดอย่างหนึ่ง ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก
รายการข้อมูล 2 (B)	B = จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
วิธีการประเมินผล	1. ข้อมูลจาก HDC สสจ.อุบลราชธานี 2. ข้อมูลจากการนิเทศงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
เอกสารสนับสนุน	1. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical Practice Guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



	4. แนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู			
<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b> รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)				
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน			
1 คะแนน	< ร้อยละ 7.9			
2 คะแนน	ร้อยละ 8 - 8.9			
3 คะแนน	ร้อยละ 9 - 9.9			
4 คะแนน	ร้อยละ 10 - 10.9			
5 คะแนน	ร้อยละ 11 ขึ้นไป			
<b>เอกสารสนับสนุน</b>				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data</b>				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง (Intermediate Care) ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ	คน	-	9,761	-
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ และมีการวินิจฉัยโรคและอาการ ที่มีรหัส 3หลักขึ้นต้นด้วย I60 -I69 ตามด้วยรหัสโรค U78110-U78117	คน	-	759	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวกมลวรรณ เลิศอุดม กลุ่มแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก 2.นางสาวประณี พงษ์กิ่ง งานแพทย์แผนไทย สสม.			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลน้ำยืน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองน้ำยืน			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 3	โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
ตัวชี้วัดที่ R 47	การพัฒนางาน RDU โรงพยาบาลและชุมชน
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 47.1	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา และเวชภัณฑ์มีใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ ประหยัด สมเหตุผลและโปร่งใส
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน

คำเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา และเวชภัณฑ์มีใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ ประหยัด สมเหตุผลและโปร่งใส</p> <p><b>ต้องดำเนินการ 3 หัวข้อ ดังนี้ คือ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.RDU Province ความปลอดภัยจากการใช้ยา และความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผล</li> <li>2.การจัดซื้อพร้อมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา</li> <li>3.อัตราคงคลังทั้งระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</li> </ol> <p><b><u>1.RDU Province ความปลอดภัยจากการใช้ยา และความรอบรู้ด้านการใช้ยา สมเหตุผล จะต้องผ่านตัวชี้วัด ดังนี้</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. อำเภอดำเนินการณตามเกณฑ์ PLEASE และผ่าน RDU ระดับโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ข้อขึ้นไป</li> <li>1.2. รพ.สต.ในอำเภอดำเนินการณ RDU รพ.สต. (ภาพรวมอำเภอกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในอำเภอ (นับรวม รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจ สู่อปท.)</li> <li>1.3. มีการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาผ่านโปรแกรม HPVC และผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านโปรแกรม TAWAI</li> <li>1.4. มีกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผลให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่จบใหม่หรือเข้ามาทำงานใหม่, คนเดิม และประชาชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เช่น จัดอบรม จัดป้ายนิเทศการให้ความรู้ เอกสารเผยแพร่ เป็นต้น</li> <li>1.5 คลินิก <math>\geq</math> ร้อยละ 50 ของคลินิกทั้งหมดในอำเภอดำเนินการณประเมินตนเอง ระดับ 2 (คะแนน <math>\geq</math> ร้อยละ 50)</li> <li>1.6 ร้านยา ขย.1 <math>\geq</math> ร้อยละ 50 ของร้านยาขย.1 ทั้งหมด ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5 โดยได้คะแนน <math>\geq</math> ร้อยละ 80</li> </ol> <p><b><u>2. การจัดซื้อพร้อมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาจะต้องผ่านตัวชี้วัด ดังนี้</u></b></p> <p>ผลการดำเนินการจัดซื้อพร้อมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของ รพ.ต้องมากกว่าร้อยละ 30 ของการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัสดุเอกซเรย์)</p> <p><b><u>3. อัตราคงคลังทั้งระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องผ่านตัวชี้วัด ดังนี้</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1.อัตราคงคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเภสัชกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัสดุเอกซเรย์) ใน รพ. ไม่เกิน 3 เดือน</li> <li>3.2.อัตราคงคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเภสัชกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัสดุเอกซเรย์) ใน รพ.สต.ไม่เกิน 2 เดือน (นับรวม รพ.สต.ที่ถ่ายโอนสู่อปท.ด้วย)</li> </ol>

เกณฑ์เป้าหมายปี 2567 : ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 3 หัวข้อ (ความสำเร็จระดับ 5)	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้สถานพยาบาลทุกระดับมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านยา และเวชภัณฑ์ที่มีประโยชน์ที่มีประสิทธิภาพ มาตรฐาน ประหยัด สมเหตุผล โปร่งใส และให้บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนมีความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา
กลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลทั้งภาครัฐทุกระดับ รพ., สสอ, รพ.สต.และสถานพยาบาลเอกชน, คลินิก, ร้านยา, บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และประชาชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดึงข้อมูลจากโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข, โปรแกรม HPVC, TAWAI, การนิเทศงาน ลงพื้นที่ที่ตรวจเยี่ยม, การประเมินตนเอง, การประเมินผลการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

<p><b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b></p> <p><b>1. RDU Province ความปลอดภัยจากการใช้ยา และความรอบรู้ด้านการใช้ยา สมเหตุผล จะต้องผ่านตัวชี้วัด ดังนี้</b></p> <p>1.1. อำเภอดำเนินการตามเกณฑ์ PLEASE และผ่าน RDU ระดับโรงพยาบาล มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ข้อขึ้นไป</p> <p>1.2. รพ.สต.ในอำเภอผ่านเกณฑ์ RDU รพ.สต. (ภาพรวมอำเภอมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งหมด ในอำเภอ (นับรวม รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจ สู่ อปท.)</p> <p>1.3. มีการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาผ่านโปรแกรม HPVC และผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านโปรแกรม TAWAI</p> <p>1.4. มีกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผลให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่จบใหม่หรือเข้ามาทำงานใหม่, คนเดิม และประชาชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เช่น จัดอบรม จัดป้ายนิเทศการให้ความรู้ เอกสารเผยแพร่ เป็นต้น</p> <p>1.5. คลินิก <math>\geq</math> ร้อยละ 50 ของคลินิกทั้งหมดในอำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินตนเองระดับ 2 (คะแนน <math>\geq</math> ร้อยละ 50)</p> <p>1.6. ร้านยา ขย.1 <math>\geq</math> ร้อยละ 50 ของร้านยา ขย.1 ทั้งหมด ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5 โดยได้คะแนน <math>\geq</math> ร้อยละ 80</p> <p><b>2. การจัดซื้อพร้อมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาจะต้องผ่านตัวชี้วัด ดังนี้</b></p> <p>ผลการดำเนินการจัดซื้อพร้อมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของ รพ.ต้องมากกว่าร้อยละ 30 ของการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัสดุเอกซเรย์)</p> <p><b>3. อัตราคงคลังทั้งระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องผ่านตัวชี้วัด ดังนี้</b></p> <p>3.1. อัตราคงคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเภสัชกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัสดุเอกซเรย์) ใน รพ. ไม่เกิน 3 เดือน</p>	
--	--

3.2. อัตราคงคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเภสัชกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์ การแพทย์ และวัสดุเอกซเรย์) ใน รพ.สต.ไม่เกิน 2 เดือน (นับรวม รพ.สต.ที่ถ่ายโอนสู่ อปท.ด้วย)

**ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา และเวชภัณฑ์มีใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ ประหยัด สมเหตุผลและโปร่งใส**

ความสำเร็จระดับ 1 ผ่านเกณฑ์ 1 หัวข้อ (หัวข้อใดก็ได้ใน 3 หัวข้อ)

ความสำเร็จระดับ 2 ผ่านเกณฑ์ 2 หัวข้อ (หัวข้อใดก็ได้ใน 3 หัวข้อ)

ความสำเร็จระดับ 3 ผ่านเกณฑ์ 3 หัวข้อ โดยหัวข้อที่ 1 (ต้องผ่านข้อย่อยอย่างน้อย 2 ข้อ)

ความสำเร็จระดับ 4 ผ่านเกณฑ์ 3 หัวข้อ โดยหัวข้อที่ 1 (ต้องผ่านข้อย่อยอย่างน้อย 4 ข้อ)

ความสำเร็จระดับ 5 ผ่านเกณฑ์ 3 หัวข้อ โดยหัวข้อที่ 1 (ต้องผ่านข้อย่อยจำนวน 6 ข้อ)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1
2 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 2
3 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 3
4 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 4
5 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 5

<b>วิธีการประเมินผล</b>	ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข, โปรแกรม HPVC, TAWAI, ผลการดำเนินงาน, ผลการประเมินตนเอง, ผลการตรวจร้านยา GPP ผลการนิเทศติดตาม ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม
-------------------------	---

<b>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	1. นางกัญปิยะ ปาณิวรรณ กลุ่มงานเภสัชกรรม 2. นางสาวประณี พงษ์กิจ งานแพทย์แผนไทย สสม.
------------------------------	--

<b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล</b>	กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำเย็น
--	---

<b>ตัวชี้วัดย่อยที่ R 47.2</b>	<b>ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)</b>
<b>ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน</b>	1 คะแนน
<b>ค่าเป้าหมายปี 2567</b>	ความสำเร็จระดับ 5
<b>คำนิยาม</b>	การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ( Rational Drug Use in Community : RDU Community ) หมายถึง การออกแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยงทั้งสถานบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน

ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยาและการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย

การพัฒนากระบวนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน แบ่งเป็น 5 กิจกรรมหลัก (5 key Activities) ดังนี้

1. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล (Proactive Hospital based Surveillance)
2. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community based Surveillance)
3. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation)
4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector)
5. การสร้างความรอบรู้ด้านใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy)

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน RDU community ต้องดำเนินการ ดังนี้

1. ปรับปรุงข้อมูลร้านชำในพื้นที่ ปีละ 1 ครั้ง
2. การสำรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในแหล่งจำหน่ายในชุมชน : ร้านชำ โดยใช้ หอมแดง application
3. มีกระบวนการความสร้างรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Literacy) ให้แก่ผู้ประกอบการร้านชำและอาสาสมัครสาธารณสุข
4. อำเภอมีร้านชำปลอดภัย เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 แห่งต่อ 1 ตำบล
5. กำหนดชุมชนในการดำเนินงาน RDU community อย่างน้อย อำเภอละ 1 ชุมชน ให้ดำเนินการดังนี้
  - 5.1 มีเครือข่ายในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน อำเภอละ 1 เครือข่าย : อสม. อย. น้อย บวร.ร องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค
  - 5.2 มีกระบวนการคืนข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและจัดการปัญหาในชุมชน

**เกณฑ์เป้าหมาย**

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5

**วัตถุประสงค์** มีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย เกิดความคุ้มค่าในการรักษา โดยการใช้ยา ลดการใช้ยาโดยไม่จำเป็นในชุมชน สร้างเครือข่ายด้าน RDU

กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล , ผู้ประกอบการร้านค้า โรงเรียน อสม. และเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมหอมแดง การนิเทศงาน ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม สรุปรายการดำเนินงานของพื้นที่ ประเมินกระบวนการทำงาน ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน และการรายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมหอมแดง รายงานการดำเนินงาน ผลการนิเทศติดตาม ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 (1 ตค.66 – 28 กพ.67) ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2567 (1 เมย.67 – 15 สค.67)

### เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

#### ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน

1. ปรับปรุงข้อมูลร้านค้าในพื้นที่ ปีละ 1 ครั้ง
2. การสำรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในแหล่งจำหน่ายในชุมชน : ร้านชำ โดยใช้หอมแดง application
3. มีกระบวนการความสร้างรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU Literacy) ให้แก่ผู้ประกอบการร้านค้า และอาสาสมัครสาธารณสุข
4. อำเภอมีร้านชำปลอดภัย เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 แห่ง ต่อ 1 ตำบล
5. กำหนดชุมชนในการดำเนินงาน RDU community อย่างน้อย อำเภอละ 1 ชุมชน ให้ดำเนินการดังนี้
  - 5.1 มีเครือข่ายในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน อำเภอละ 1 เครือข่าย : อสม อย.น้อย บวร.ร องค์การคุ้มครองผู้บริโภค
  - 5.2 มีกระบวนการคืนข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและจัดการปัญหาในชุมชน

ความสำเร็จระดับ 1 ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 1 และข้อ 2

ความสำเร็จระดับ 2 ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 3 และมีการเฝ้าระวังร้านชำทุกแห่ง โดยโปรแกรมหอมแดง ครอบคลุม 50 % ของ รพ.สต.ในแต่ละอำเภอ

ความสำเร็จระดับ 3 ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 4 และมีการเฝ้าระวังร้านชำทุกแห่ง โดยโปรแกรมหอมแดง ครอบคลุม 60 % ของ รพ.สต.ในแต่ละอำเภอ

ความสำเร็จระดับ 4 ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 5.1 และมีการเฝ้าระวังร้านชำทุกแห่ง โดยโปรแกรมหอมแดง ครอบคลุม 60 % ของ รพ.สต.ในแต่ละอำเภอ

ความสำเร็จระดับ 5 ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 5.2 และมีการเฝ้าระวังร้านชำทุกแห่ง โดยโปรแกรมหอมแดง ครอบคลุม 60 % ของ รพ.สต.ในแต่ละอำเภอ

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1
2 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2
3 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3
4 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3+4

5 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3+4+5
วิธีการประเมินผล	ประเมินเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ โปรแกรมหอมแดง ผลการดำเนินงาน ผลการนิเทศติดตามลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางกัปปิยะ ปาณิวรรณ กลุ่มงานเภสัชกรรม 2. นางสาวประณี พงษ์กิ่ง งานแพทย์แผนไทย สสม.
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำเย็น

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 7	การพัฒนาาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ตัวชี้วัดที่ R 48	การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 48.1	ความสำเร็จการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน วิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</p> <p>หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน หมายถึง หน่วยปฏิบัติการแพทย์ ระดับพื้นฐาน ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p> <p>รายงาน หมายถึง รายงานข้อมูลร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน WWW.EMSDUBON.COM โดยรายงานข้อมูลไม่เกินวันที่ 5 ของเดือนถัดไป</p>

เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) 2. จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A , S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3. จากการบันทึกข้อมูลในเว็บ EMSDUBON.COM		
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS), ข้อมูลในเว็บ EMSDUBON.COM		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาจากโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการนิเทศงาน		



**เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567**

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

ข้อ	ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1	0.5 คะแนน	มีคำสั่งการดำเนินงานให้มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับอำเภอ
	0.5 คะแนน	มีการกำหนด ประเด็นการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตในวาระการประชุม พขอ.
2	0 คะแนน	ไม่มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับพื้นฐาน ใน อปท.
	0.5 คะแนน	มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับ อปท. ครอบคลุม น้อยกว่า 80 %
	1 คะแนน	ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับ อปท. มากกว่า 80 % ของ อปท. ทั้งหมดในอำเภอ
3	0 คะแนน	ไม่มีรายงานข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามกำหนด
	0.5 คะแนน	รายงานตรงตามเวลา แต่ไม่ครบถ้วน หรือไม่ถูกต้อง
	1 คะแนน	รายงานครบถ้วนและตรงตามเวลา
4	0 คะแนน	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่ำกว่า 20.00 %
	1 คะแนน	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ช่วงระหว่าง 20.00 – 27.99 %
	2 คะแนน	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มากกว่าหรือเท่ากับ 28 %
คะแนนเต็ม 5 คะแนน		

**เอกสารสนับสนุน :**

1. รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS
2. รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจาก รพ.ระดับ A , S และ M1 ภาครัฐ ทุกแห่ง
3. รายงานข้อมูลในเว็บ EMSDUBON.COM

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data**

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดย EMS	จำนวนครั้ง	15,608	15,285	18,543
จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)	จำนวนครั้ง	83,217	93,967	113,295
ที่มา : WWW.EMSDUBON.COM	ร้อยละ	18.75	16.26	16.36

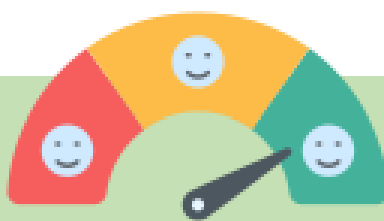
**ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**

นางจิราลักษณ์ กลางถิ่น งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาล

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลน้ำยี่น
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 48.2	ระดับความสำเร็จของการพัฒนา เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลทุกระดับ (ทั้งที่ ER และ Admit)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในท้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้าน การแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)</p> <p>แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ (1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน</p> <p><b>ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน</b> หมายถึง ผู้มารับบริการห้อง อุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) <b>โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</b></p> <p>“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉินและอยู่ระหว่างการส่งต่อ</p> <p><b>ผู้ป่วย severe traumatic brain injury</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งในภายหลังก็ได้</p> <p>รายงาน หมายถึง รายงานข้อมูลร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน WWW.EMSDUBON.COM โดยรายงานข้อมูลไม่เกินวันที่ 5 ของเดือนถัดไป</p>

		<b>Dead Case Conference</b> หมายถึง การประชุมทบทวนกรณี การเสียชีวิต ของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ทั้ง Trauma และ Non-Trauma			
<b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b> อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ระดับ triage level 1 ภายใน 24 ชั่วโมง ทั้ง Trauma และ Non-Trauma					
		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
		น้อยกว่าร้อยละ12	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ12	น้อยกว่าร้อยละ 12
<b>วัตถุประสงค์</b>	1. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ 2. ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน				
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี				
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) 2. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT 3. ระบบข้อมูลจาก www.emsdubon@gmail.com / ระบบข้อมูล ITEMS				
<b>แหล่งข้อมูล</b>	โรงพยาบาลทุกระดับ (S,A,P)				
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง				
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด				
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$				
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ประเมินทุก 3 เดือน ( รายไตรมาส )				
<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b> <u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) <u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)					
ข้อ	ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมิน			
1 คะแนน	0 คะแนน	ไม่มี Guideline ในการดูแลผู้ป่วย Triage level 1			
	1 คะแนน	มี Guideline Trauma Fast Track โดยเฉพาะระบบ severe Traumatic brain injury			

1 คะแนน	0 คะแนน	ไม่มีการบันทึกรายงานข้อมูล จำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ตามกำหนด			
	0.5 คะแนน	รายงานตรงตามเวลา แต่ไม่ครบถ้วน หรือไม่ถูกต้อง			
	1 คะแนน	รายงานครบถ้วนและตรงตามเวลา			
2 คะแนน	0 คะแนน	ไม่มีการทบทวน Dead Case Conference			
	1 คะแนน	มีการทบทวนอย่างน้อย Dead Case Conference 2 Case ขึ้นไป			
	2 คะแนน	มีการทำ Dead Case Conference และนำมา ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และมีหลักฐานการปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน			
1 คะแนน	0 คะแนน	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน triage level 1 ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล (ทั้งที่ ER และ Admit) มากกว่าร้อยละ 12			
	1 คะแนน	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน triage level 1 ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 12			
คะแนนเต็ม 5 คะแนน					
เอกสารสนับสนุน :		<ol style="list-style-type: none"> <li><a href="http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/">http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/</a> คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE</li> <li>คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</li> </ol>			
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data</b>					
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2564	2565	2566
จำนวน ของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ที่เสียชีวิต ภายใน 24 ชั่วโมง (ทั้งที่ ER และ Admit)		คน	1,365	1,237	1,039
จำนวน ของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ทั้งหมด		คน	22,640	25,311	26,607
ร้อยละ		ร้อยละ	6.02	4.88	3.90
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางจิราลักษณ์ กลางถิ่น งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลน่าน				



ยุทธศาสตร์ที่ 3

**People Excellence Strategy**

(บุคลากรเป็นเลิศ)



### ยุทธศาสตร์ที่ 3 People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)

ยุทธศาสตร์ที่ 3	People Excellence
แผนงานที่ 10	การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ 2	โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุขแห่งความสุข
ตัวชี้วัดที่ R 49	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>องค์กรแห่งความสุข หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ได้แก่ สสจ. รพศ. รพท. รพช. และ สสอ. (รพ.สต. นับรวมกับ สสอ.) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้</p> <p><b>ระดับที่ 1 คือ</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. มีการมอบหมายตัวชี้วัด ระบุผู้รับผิดชอบชัดเจนจัดประชุมชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานด้านดัชนีความสุขของบุคลากร (Happinometer) และความสุขขององค์กร (Happy Public Organization : HPI)</li><li>2. มีการประเมินความสุขของบุคลากรโดยใช้เครื่องมือ(Happinometer) และผู้บริหารประเมินความสุขขององค์กรโดยใช้เครื่องมือ(Happy Public Organization : HPI) โดยมีกลุ่มเป้าหมายตอบแบบประเมิน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 ขึ้นไป</li></ol> <p><b>ระดับที่ 2 คือ</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขระดับอำเภอ มีรายงานการประชุมกรรมการ</li><li>2. มีการวิเคราะห์ผล และแปลผลความสุขของบุคลากร(Happinometer) และความสุขขององค์กร (Happy Public Organization : HPI)</li></ol> <p><b>ระดับที่ 3 คือ</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. นำผลการวิเคราะห์มาดำเนินการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข(HPI) และพัฒนาความสุขของบุคลากร (Happinometer) รายมิติในด้านที่บกพร่อง</li><li>2.มีการดำเนินงานตามแผน โดยกำหนดวิธีการดำเนินงานในการประเมินผล ความสำเร็จของแผนงานโครงการที่ชัดเจน</li></ol> <p><b>ระดับที่ 4 คือ</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. มีการสรุปความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ</li><li>2. มีการรายงานผลความสำเร็จของโครงการ ปัญหา อุปสรรค และถอดบทเรียนในแต่ละกิจกรรมตามแผนที่ดำเนินการ และจัดทำเป็นรูปแบบวิชาการ KM ได้แก่ Success story telling, Bright spot, World Café Method เป็นต้น</li></ol> <p><b>ระดับที่ 5 คือ</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. เป็นองค์กรที่มีค่าคะแนนในระดับยอดเยี่ยม เป็นองค์กรแห่งความสุขตามเกณฑ์ HPIมีการคัดเลือกผลงานหรือโครงการที่ดำเนินการ เป็นวิชาการ 1 เรื่อง ในรูปแบบ KM</li></ol>

	ได้แก่ Success story telling, Bright spot เพื่อเตรียมส่งผลงานวิชาการเข้าประกวด เวทีวิชาการทุกประเภท
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย					
หน่วยงาน	เกณฑ์ เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย HPI และ Happinometer			
		ปี 2564	ปี 2565	ปี2566	ปี2567
สนง.สสจ.อุบลราชธานี	90%	80%	85%	90%	90%
โรงพยาบาลศูนย์	90%	80%	85%	90%	90%
โรงพยาบาลทั่วไป	90%	80%	85%	90%	90%
โรงพยาบาลชุมชน	90%	80%	85%	90%	90%
สนง.สสอ.	90%	80%	85%	90%	90%
รพ.สต.	90%	80%	85%	90%	90%

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2567 -2570			
ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569	ปีงบประมาณ2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5

<b>วัตถุประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>เพื่อนำผลการประเมินHPI และ Happinometer มาใช้พัฒนาองค์กร พัฒนาบุคลากร การบริหารงานและส่งเสริมความสุขบุคลากร</li> <li>เพื่อพัฒนาหน่วยงานให้เป็นองค์กรแห่งความสุขตามเกณฑ์มาตรฐาน</li> </ol>
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<p>ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดังรายละเอียดต่อไปนี้</p> <p><b>1. การบันทึกแบบประเมิน Happinometer :</b> บุคลากรทุกคนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกคน ได้แก่ ข้าราชการ, พนักงานกระทรวง, ลูกจ้างประจำ, พนักงานราชการ, ลูกจ้างชั่วคราว (ไม่รวมลูกจ้างโครงการและพนักงานจ้างเหมา) โดย นับจำนวนบุคลากรที่เข้าไปบันทึกแบบประเมิน Happinometer ของกระทรวงฯ ที่จัดทำขึ้น มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 ขึ้นไป</p> <p><b>2. การบันทึกแบบประเมิน HPI :</b> ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน เข้าไปบันทึกแบบประเมิน HPI ของกระทรวงฯ</p> <p><b>การนับหน่วยงานองค์กรความสุข (HPI)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>นับหน่วยงานที่ดำเนินการพัฒนาองค์กรความสุข (HPI) : ซึ่งหน่วยงานที่นับจำนวนมีดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 สสจ.อบ./รพศ./รพท./รพช. รวมจำนวน 27 หน่วยงาน</li> <li>1.2 สสอ. จำนวน 25 หน่วยงาน รวมหน่วยงานทั้งหมดในจังหวัดอุบลฯ ที่ต้องดำเนินการ HPI คือ 52 หน่วยงาน</li> </ol> </li> </ol>

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากการกรอกแบบสอบถามผ่าน Online base หรือ Mobile App based ของกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการบันทึกโปรแกรมแบบสอบถามของกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนบุคลากรที่กรอกแบบประเมิน ประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ข้อมูลการตอบแบบประเมิน Happinometer = $(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 3	C : นับจำนวน ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน เข้าไปกรอกแบบประเมิน HPI ของกระทรวงฯ
รายการข้อมูล 4	D : จำนวนผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน ทั้งหมดของหน่วยงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ข้อมูลการตอบแบบประเมิน HPI = $(C/D) \times 100$
รายการข้อมูล 5	E : จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข
รายการข้อมูล 6	F : จำนวนหน่วยงานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	นับจำนวน องค์กรแห่งความสุข = $(E/F) \times 100$
<p>หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข ประเมินจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ค่าคะแนนรวมของ HPI มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70</li> <li>จัดทำเป็นรูปแบบวิชาการ KM ได้แก่ Success story telling, Bright spot</li> </ol>	
เกณฑ์การประเมิน	เอกสารอ้างอิงจากรายละเอียด Happinometer กระทรวงสาธารณสุข
แนวทางการประเมิน	ผลการดำเนินงานเทียบตามเกณฑ์การให้คะแนน
เอกสารสนับสนุน	เอกสารอ้างอิงรายละเอียด HPI และ Happinometer ของ สสส. และกระทรวงสาธารณสุข
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ทุกหน่วยงาน มีการกรอกข้อมูล HPI และ Happinometer ร้อยละ 90 ตามที่กระทรวงฯแจ้งหนังสือดำเนินการ



**เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:**

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

ระดับ	เกณฑ์ประเมิน
ระดับที่ 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการมอบหมายตัวชี้วัด ระบุผู้รับผิดชอบชัดเจนจัดประชุมชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานด้านดัชนีความสุขของบุคลากร (Happinometer) และความสุขขององค์กร (Happy Public Organization : HPI)</li> <li>2. มีการประเมินความสุขของบุคลากรโดยใช้เครื่องมือ (Happinometer) และผู้บริหารประเมินความสุขขององค์กรโดยใช้เครื่องมือ(Happy Public Organization : HPI) โดยมีกลุ่มเป้าหมายตอบแบบประเมิน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 ขึ้นไป</li> </ol>
ระดับที่ 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขระดับอำเภอ มีรายงานการประชุมคณะกรรมการ</li> <li>2. มีการวิเคราะห์ผล และแปลผลความสุขของบุคลากร (Happinometer) และความสุขขององค์กร (Happy Public Organization : HPI)</li> </ol>
ระดับที่ 3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นำผลการวิเคราะห์มาดำเนินการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข(HPI) และพัฒนาความสุขของบุคลากร (Happinometer) วิทยุมิติในด้านที่บกพร่อง</li> <li>2.มีการดำเนินงานตามแผน โดยกำหนดวิธีการดำเนินงานในการประเมินผลความสำเร็จของแผนงานโครงการที่ชัดเจน</li> </ol>
ระดับที่ 4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการสรุปความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ</li> <li>2. มีการรายงานผลความสำเร็จของโครงการ ปัญหา อุปสรรค และถอดบทเรียนในแต่ละกิจกรรมตามแผนที่ดำเนินการ และจัดทำเป็นรูปแบบวิชาการ KM ได้แก่ Success story telling, Bright spot, World Café Method เป็นต้น</li> </ol>
ระดับที่ 5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เป็นองค์กรที่มีค่าคะแนนในระดับยอดเยี่ยม เป็นองค์กรแห่งความสุขตามเกณฑ์ HPIมีการคัดเลือกผลงานหรือโครงการที่ดำเนินการ เป็นวิชาการ 1 เรื่อง ในรูปแบบ KM ได้แก่ Success story telling, Bright spot เพื่อเตรียมส่งผลงานวิชาการเข้าประกวดเวทีวิชาการทุกประเภท</li> </ol>

**การประเมินผลแบบ Mile Stone**

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 คะแนน	ดำเนินการได้ระดับ 1
2 คะแนน	ดำเนินการได้ระดับ 1+2
3 คะแนน	ดำเนินการได้ระดับ 1+2+3
4 คะแนน	ดำเนินการได้ระดับ 1+2+3+4
5 คะแนน	ดำเนินการได้ระดับ 1+2+3+4+5

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1: นางผกายดาว พรหมสุรีย์ ศูนย์คุณภาพ 2 : นางสาวปณิศรา ยานิพันธ์ งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและการบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองน้ำเย็น

ยุทธศาสตร์ที่ 3	People Excellence
แผนงานที่ 10	การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ 1	โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 50	บุคลากร (หน่วยบริหาร/บริการ) ได้รับการพัฒนาศักยภาพสอดคล้องกับนโยบายและทิศทางขององค์กร
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p><b>การพัฒนา</b> หมายถึง กระบวนการที่มุ่งที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน ความรู้ ความสามารถ ทักษะ และทัศนคติของบุคลากรให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น เพื่อให้บุคลากรที่ได้รับการพัฒนา สามารถปฏิบัติงานได้ผลตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพตามแนวทางหรือหลักสูตรที่สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยการพัฒนาสามารถทำได้หลายวิธี เช่น S = Self-Directed Study (ศึกษาด้วยตนเอง), C = Continuing (เข้ารับการศึกษาคู่ต่อเนื่อง), E = E-Learning (เรียนรู้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์), OJT = On Job Training (สอนงานในขณะที่ปฏิบัติงานจริง), A = Assignment (มอบหมายงาน/โครงการ), J = Job Rotation (การหมุนเวียนงาน), W = Workshop, Class, Seminar (ฝึกอบรมสัมมนา)</p> <p><b>บุคลากร</b> หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบคลุม ทุกกลุ่ม 5 สาขาวิชาชีพ 38 สายงาน ได้แก่</p> <p>1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่</p> <p>2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย</p>

2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา

3. บุคลากรสนับสนุนวิชาชีพ (Associates Health personal) มี 6 สายงาน ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์

4. บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) มี 11 สายงาน ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

5. บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น ระดับความสำเร็จของการพัฒนาบุคลากร หมายถึง หน่วยงาน /องค์กรมีการดำเนินงานพัฒนาบุคลากร ครบ 5 ขั้นตอน ดังนี้

**1) หน่วยงานมีการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน** หมายถึง มีกระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตราากำลังคนด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับนโยบายในระยะ 5 ปี ครอบคลุม 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ 38 สายงาน (หลักสูตรเฉพาะทางแพทย์, พยาบาล) สอดคล้องกับทิศทาง การพัฒนาและเติบโตขององค์กร อาทิ Standard-Academy – Premium/Professional: SAP, Service Plan , หลักสูตรฝึกอบรมผู้บริหารสาธารณสุข (ผ.บ.ต. , ผ.บ.ก.) และหลักสูตรบริหารอื่นๆ

**2) หน่วยงานมีการบริหารงบประมาณด้านพัฒนากำลังคน** หมายถึง มีกระบวนการวางแผนการจัดสรร ควบคุมกำกับ และติดตามการใช้งบประมาณ ที่สนับสนุนความต้องการพัฒนากำลังคนทั้งด้านสุขภาพ จำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศโดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการกำลังคนและพัฒนาคคน ผลการพัฒนาและร้อยละการใช้งบประมาณ ได้ตามแผนที่กำหนด

**3) หน่วยงานมีการบริหารจัดการด้านการพัฒนากำลังคน** หมายถึง มีกระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนที่ต้องการพัฒนา ศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดหลักสูตรด้านการฝึกอบรมพัฒนา ที่ตอบสนองยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

**4) หน่วยงานมีการบันทึกข้อมูลการศึกษาต่อและฝึกอบรมในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุข (HROPS)** หมายถึง มีการ

	<p>ดำเนินการบันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวการลาศึกษาต่อและฝึกอบรม ปีงบประมาณ 2567 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 1 สัปดาห์ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล และแจ้ง กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้</p> <p>3.1 หลักสูตรทางการบริหาร ที่จัดโดยวิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข เช่น ผบก., ผบต.</p> <p>3.2 หลักสูตรการพัฒนารองรับการพัฒนาศักยภาพระบบบริการตาม Service Plan และ SAP</p> <p>3.3 บุคลากรที่กลับจากลาศึกษาต่อ</p> <p><b>5) หน่วยงานมีการประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการพัฒนา กำลังคนของหน่วยงาน หมายถึง</b> มีกระบวนการติดตามและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของหน่วยงานด้านการวางแผนความต้องการและพัฒนาบุคลากร/ การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการ เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย			
องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย
1) การวางแผนการผลิต และพัฒนากำลังคน	1.กระบวนการจัดทำแผน 1.1.แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผนกำลังคนของเขต) โดยมีความครอบคลุมกลุ่มสาขา/วิชาชีพ 5 กลุ่มเป้าหมาย 1.2. แผนพัฒนาบุคลากร ของหน่วยงานและสอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ (4 Excellence ตาม ยุทธศาสตร์ 20 ปี) SAP, Service Plan	1. .แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผนกำลังคนของเขต) 2. แผนพัฒนาบุคลากร เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ 4 Excellence , SAP, Service Plan	5 ระดับ
2) การบริหารงบประมาณด้านพัฒนากำลังคน	การใช้งบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทันเวลา	การเบิกจ่ายงบประมาณได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	5 ระดับ
3) การบริหารจัดการด้านการพัฒนากำลังคน	การจัดสรร/การกระจาย/กลุ่มเป้าหมายของบุคลากรอย่างเหมาะสม(ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ) ให้มีความสอดคล้องกับ	มีจำนวนการพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	5 ระดับ

	ความต้องการของหน่วยงาน (พทส, นักเรียนทุน, พรกข้าราชการ)			
4) การบันทึกข้อมูลการ ลาศึกษาต่อฝึกอบรมใน ระบบฐานข้อมูล สารสนเทศเพื่อการ บริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุข (HROPS)	เพื่อให้ระบบการจัดการฐานข้อมูลมี คุณภาพและสามารถนำไปใช้งานได้	ฐานข้อมูล HROPS ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน ในกลุ่มบุคลากรดังนี้ 1.1 กลุ่มบุคลากร ที่ เตรียมเข้าสู่ตำแหน่งที่ สูงขึ้น 1.2.และบุคลากรได้รับ การพัฒนารองรับการ พัฒนาระบบบริการ 1.3 บุคลากรได้รับวุฒิ การศึกษา หรือวุฒิบัตร ผ่านการอบรม เพิ่มเติม	5 ระดับ	
5) การประเมินผล กระทบระบบการบริหาร จัดการพัฒนากำลังคน ของหน่วยงาน	1.ปรับปรุง/พัฒนาแนวทางการบริหาร จัดการ เพื่อให้ระบบการบริหารจัดการที่ มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาการ พัฒนากำลังคน  2.การลดข้อร้องเรียนและ การต่อรองทาง วิชาชีพที่อาจก่อให้เกิดความเสียหาย	1.จำนวนบุคลากรได้รับการ พัฒนา เพื่อเตรียม เข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น หรือค่าตอบแทนที่ เพิ่มขึ้น  2.จำนวนข้อ ร้องเรียน/ อัตราการย้าย ลาออกลดลง	5 ระดับ	
วัตถุประสงค์	1.เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพัฒนากุคลากรและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็ง ของระบบสุขภาพ 2. เพื่อให้ได้บุคลากรที่มีคุณภาพเพียงพอต่อการยกระดับมาตรฐานบริการสุขภาพ (Service Plan, SAP)			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสาธารณสุขทุกประเภท 5 สาขาวิชาชีพ 38 สายงาน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. แผนพัฒนาทักษะ และสมรรถนะบุคลากร ของหน่วยบริการสุขภาพ 2. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)			
ระยะเวลาการประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2567			
เกณฑ์การประเมิน	ความสำเร็จระดับ 5 (ปีงบประมาณ 2567- 2570)			

ค่าเป้าหมายรายไตรมาส ปี 2567

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	1) มีการวางแผนการผลิตและพัฒนา กำลังคนครอบคลุมตามกลุ่มเป้าหมาย 2) การบริหารงบประมาณด้านพัฒนา กำลังคนมีการเบิกจ่ายงบประมาณ 3) การบริหารจัดการด้านการพัฒนา กำลังคนมีการส่งบุคลากรเข้ารับการ ฝึกอบรม 4) การบันทึกข้อมูลการลาศึกษาต่อ ฝึกอบรมในระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุข (HROPS)	-	1). การบริหารงบประมาณด้านพัฒนา กำลังคนมีการเบิกจ่ายงบประมาณครบ 100 % 2) การบริหารจัดการด้านการพัฒนา กำลังคนมีการ ส่งบุคลากรเข้ารับการ ฝึกอบรมครอบคลุมตามกลุ่มเป้าหมาย 100 % 3) การบันทึกข้อมูลการลาศึกษาต่อ ฝึกอบรมในระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุข (HROPS) ถูกต้องและเป็น ปัจจุบัน 100 % ตามกลุ่มเป้าหมาย 4.) ไม่มีผลกระทบจากระบบ บริหาร จัดการพัฒนากำลังคนของหน่วยงาน (เรื่องร้องเรียน)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. แผนพัฒนาทักษะ และสมรรถนะบุคลากร ของหน่วยบริการสุขภาพ
2. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 5 องค์ประกอบ มีรายละเอียดระดับคะแนน ดังนี้

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
1) การวางแผนการผลิตและพัฒนา กำลังคน	5 คะแนน	แผนความต้องการพัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาองค์กร: SAP, Service Plan ,และครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (ทุกสายงาน) ทุกระดับบริการ
	4 คะแนน	แผนความต้องการพัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาองค์กร: SAP, Service Plan และครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	3 คะแนน	แผนความต้องการพัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาองค์กร: SAP, Service Plan และครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ

	2 คะแนน	แผนความต้องการพัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาองค์กร: SAP, Service Plan และครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	1 คะแนน	แผนความต้องการพัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมทั้ง 2 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
2) การบริหารงบประมาณด้านพัฒนา กำลังคน	5 คะแนน	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 100 ในไตรมาส 4
	4 คะแนน	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ $\geq 80$ ในไตรมาส 3
	3 คะแนน	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ $\geq 70$ ในไตรมาส 2
	2 คะแนน	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ $\geq 60$ ในไตรมาส 2
	1 คะแนน	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ 60 ในไตรมาส 2
3) การบริหารจัดการด้านการพัฒนา กำลังคน	5 คะแนน	บุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น และบุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนการยกระดับสถานบริการ SAP หรือ ตาม Service plan ได้รับการพัฒนา ร้อยละ 100
	4 คะแนน	บุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น และบุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนการยกระดับสถานบริการ SAP หรือ ตาม Service plan ได้รับการพัฒนา $\geq$ ร้อยละ 80
	3 คะแนน	บุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น และบุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนการยกระดับสถานบริการ SAP หรือ ตาม Service plan ได้รับการพัฒนา $\geq$ ร้อยละ 70
	2 คะแนน	บุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น และบุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนการยกระดับสถานบริการ SAP หรือ ตาม Service plan ได้รับการพัฒนา $\geq$ ร้อยละ 60
	1 คะแนน	บุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น และบุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนการยกระดับสถานบริการ SAP หรือ ตาม Service plan ได้รับการพัฒนา ต่ำกว่าร้อยละ 60
4) การบันทึกข้อมูลการศึกษาต่อ ฝึกอบรมในระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)	5 คะแนน	การบันทึกข้อมูลการศึกษาต่อและฝึกอบรมในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน ร้อยละ 100
	4 คะแนน	การบันทึกข้อมูลการศึกษาต่อและฝึกอบรมในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน $\geq$ ร้อยละ 80
	3 คะแนน	การบันทึกข้อมูลการศึกษาต่อและฝึกอบรมในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน $\geq$ ร้อยละ 70
	2 คะแนน	การบันทึกข้อมูลการศึกษาต่อและฝึกอบรมในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน $\geq$ ร้อยละ 60

	1 คะแนน	การบันทึกข้อมูลการศึกษาต่อและฝึกอบรมในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน ต่ำกว่าร้อยละ 60
5) การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการพัฒนากำลังคนของหน่วยงาน	5 คะแนน	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการพัฒนากำลังคนของหน่วยงาน
	4 คะแนน	มีปัญหาเรื่องการจัดการพัฒนากำลังคนของหน่วยงาน ไม่เกินร้อยละ 1 ของจำนวนบุคลากร
	3 คะแนน	มีปัญหาเรื่องการจัดการพัฒนากำลังคนของหน่วยงาน ไม่เกินร้อยละ 2 ของจำนวนบุคลากร
	2 คะแนน	มีปัญหาเรื่องการจัดการพัฒนากำลังคนของหน่วยงาน ไม่เกินร้อยละ 3 ของจำนวนบุคลากร
	1 คะแนน	มีปัญหาเรื่องการจัดการพัฒนากำลังคนของหน่วยงาน มากกว่าร้อยละ 3 ของจำนวนบุคลากร
คะแนนเต็ม 25 คะแนน (ปรับฐาน 5 คะแนน เทียบบัญญัติไตรยางค์)		
เอกสารสนับสนุน	คู่มือการบันทึกข้อมูลใน HROPS ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1: นางสาววลจันทร์ บุญเจือ งานบริหาร 2 : นายบุญถือ พุ่มจันทร์ งานบริหาร	
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานบริหารทั่วไปโรงพยาบาลน้ำยืน กลุ่มงานบริหารทั่วไปสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำยืน	

ยุทธศาสตร์ที่ 3	People Excellence
แผนงานที่ 10	การพัฒนากระบวนการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ 1	โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 51	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานหน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T หมายถึง องค์กรที่มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการองค์กรให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด สามารถตอบสนองความต้องการผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง และนำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยขับเคลื่อนการดำเนินการขององค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T ประกอบด้วย



	<p><b>T1 Trust</b> หมายถึง การสร้างความไว้วางใจแก่ประชาชน บุคลากรขององค์กร และเครือข่าย</p> <p><b>T2 Teamwork &amp; Talent</b> หมายถึง การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนผู้มีความสามารถโดดเด่นในงาน ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี</p> <p><b>T3 Technology</b> หมายถึง การใช้เทคโนโลยีให้เกิดผลิตภาพ และบริการที่มีคุณค่า เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การสื่อสารภายในองค์กรรวดเร็ว แม่นยำ</p> <p><b>T4 Target</b> หมายถึง การทำงานที่มุ่งเป้าหมาย คนทำงานมีความสุข องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง ที่มุ่งผลลัพธ์ในการพัฒนาองค์กร (Result) ให้เกิดกับประชาชน เพื่อเป็นการยกระดับการพัฒนาองค์กร และการขยายผลการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ได้อย่างเป็นรูปธรรม</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
องค์กรสมรรถนะสูงกระทรวง สาธารณสุข MOPH-4T ระดับจังหวัด 5 แห่ง (สสจ.,รพท.,รพช.,สสอ., รพสต. 5 แห่ง)	องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T ระดับจังหวัด 12 แห่ง (สสจ.,รพท.,ทุกแห่ง รพช., สสอ. โชนละ 1 แห่ง)	องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T ระดับจังหวัด 16 แห่ง (สสจ.,รพท.,ทุกแห่ง รพช.,สสอ.,รพ.สต. โชนละ 1 แห่ง)	องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T ระดับจังหวัด 28 แห่ง (สสจ.,รพท.,ทุกแห่ง รพช., สสอ.,รพ.สต. โชนละ 2 แห่ง)

<b>วัตถุประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2568 ข้อ 6 พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น</li> <li>เพื่อพัฒนาหน่วยงานให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง ด้วยแนวทาง 4T ที่เป็นรูปธรรม</li> </ol>
---------------------	---

<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<p>หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>นับหน่วยงานที่ดำเนินการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง : ซึ่งหน่วยงานที่นับจำนวนมีดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 สสจ.อบ./รพท./รพช. รวมจำนวน 26 หน่วยงาน</li> <li>1.2 สสอ. จำนวน 25 หน่วยงาน</li> </ol> <p>รวมหน่วยงานทั้งหมดในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่ต้องดำเนินการประเมินตนเอง (Self-Assessment) คือ 51 หน่วยงาน</p> </li> </ol>
-----------------------------	---

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยงานจัดส่งผลการประเมินตนเอง และผลการพิจารณาคัดเลือกหน่วยงานองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T พร้อมเอกสารหลักฐาน มายังกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
แหล่งข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการประเมินผล	1.หน่วยงานมีการประเมินผล (Self-Assessment) ตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T 2.คณะกรรมการบริหาร/คณะทำงานของหน่วยงาน ระดับจังหวัด มีการพิจารณาคัดเลือกหน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T ระดับจังหวัด เพื่อนำเสนอในระดับเขตสุขภาพและระดับกรม
เกณฑ์การประเมิน	เอกสารอ้างอิงจากรายละเอียด กระทรวงสาธารณสุข
แนวทางการประเมิน	ผลการดำเนินงานเทียบตามเกณฑ์การให้คะแนน
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T

#### เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

ระดับ	เกณฑ์ประเมิน
ระดับที่ 1	1.หน่วยงานมีการจัดทำแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง ของหน่วยงาน มีการมอบหมายตัวชี้วัด ระบุผู้รับผิดชอบชัดเจน 2.การจัดตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานการขับเคลื่อนการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงของหน่วยงาน
ระดับที่ 2	1.จัดประชุมชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรสมรรถนะสูงของหน่วยงาน เพื่อเป็นการสื่อสารสร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงาน 2. มีการศึกษาทำความเข้าใจ และวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ
ระดับที่ 3	1.หน่วยงานมีการประเมินผลตนเอง (Self-Assessment) ตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงกระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T ที่กำหนดไว้ 2.สรุปผลการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เสนอผู้บริหารหน่วยงาน และวางแผนปรับปรุงพัฒนาองค์กร เพื่อขับเคลื่อนสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง
ระดับที่ 4	1.หน่วยงานมีการดำเนินการตามแผนการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง มีกำกับติดตามประเมินผลการพัฒนาองค์กร และสรุปความก้าวหน้าเสนอผู้บริหาร

	2. มีการรายงานผลความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง รายงาน ปัญหาอุปสรรค ถอดบทเรียน ปัจจัยสู่ความสำเร็จเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
ระดับที่ 5	เป็นองค์กรองค์กรสมรรถนะสูงกระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T ที่มีค่าคะแนนประเมินตนเอง (Self-Assessment) ในระดับที่ 5 ตามหลักเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข หรือมีผลงานโดดเด่น (Best Practice) ที่ส่งผลงานนำเสนอผลงานในเวทีระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพที่ 10 หรือระดับประเทศ
<b>การประเมินผล</b>	
คะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	ทำได้ระดับที่ 1
2 คะแนน	ทำได้ระดับที่ 1+2
3 คะแนน	ทำได้ระดับที่ 1+2+3
4 คะแนน	ทำได้ระดับที่ 1+2+3+4
5 คะแนน	ทำได้ระดับที่ 1+2+3+4+5
<b>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</b>	1: นางสาวนวลจันทร์ บุญเจือ งานบริหาร 2 : นายบุญถิ์อ พุ่มจันทร์ งานบริหาร
<b>หน่วยงานประมวผลและจัดทำข้อมูล</b>	กลุ่มงานบริหารทั่วไปโรงพยาบาลน้ำยี่น กลุ่มงานบริหารทั่วไปสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำยี่น



## ยุทธศาสตร์ที่ 4

### **Governance Excellence Strategy**

(บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)



#### ยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence
แผนงานที่ 11	การพัฒนาธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 1	โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
ตัวชี้วัดที่ R 52	ระดับความสำเร็จการประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2567
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การประเมินประสิทธิภาพการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ เป็นการประเมินระบบการควบคุมกำกับการทำงานให้มีความโปร่งใส ในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง กระบวนการเบิกจ่ายเงินให้มีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ทุกมิติ โดยมีการประเมิน 5 มิติ ได้แก่ มิติด้านการเงิน มิติด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล มิติด้านงบประมาณ มิติด้านบริหารพัสดุ และมิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง</p> <p><b>ระดับความสำเร็จการประเมินประสิทธิภาพการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์</b> หมายถึง ขั้นตอนการดำเนินงานประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ 2567</p> <p>มีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. หน่วยบริการมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ ของหน่วยงานโดยแนบคำสั่งในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ</li><li>2. หน่วยงานแนบไฟล์เอกสาร ตามหัวข้อแบบประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังที่กำหนด ในแต่ละมิติ ในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ</li><li>3. ผู้ตรวจสอบภายในที่ได้รับการแต่งตั้งของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควบคุมกำกับติดตาม ให้หน่วยบริการประเมินในภายในเวลาที่กำหนด (1 ธ.ค.66-31 มี.ค.67)</li><li>4. ผู้ตรวจสอบภายในระดับกระทรวง/เขต ตรวจสอบผลการประเมินในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ และแจ้งผลการประเมินให้หน่วยบริการทราบ (15 ก.ค.67 เป็นต้นไป)</li><li>5. หน่วยบริการที่มีผลการประเมินต่ำกว่าร้อยละ 90 ต้องจัดทำแผนพัฒนาองค์กร และส่งในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ)</li></ol> <p><b>การประเมินผลระบบควบคุมภายใน</b> การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการบริหารจัดการความเสี่ยง ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>

	<p>อุบลราชธานี เป็นไปตามมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ สามารถบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้</p> <p><b>ระดับความสำเร็จการประเมินผลระบบควบคุมภายใน</b> หมายถึง ขั้นตอนการดำเนินงานประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ 2567 มีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หน่วยบริการมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายในและคณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน</li> <li>2. หน่วยงานจัดทำ Flowchart การปฏิบัติงานตามระบบการควบคุมภายในครอบคลุมโครงสร้างหลักของหน่วยงาน</li> <li>3. หน่วยงานจัดทำและจัดส่งรายงานสรุปผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.4 ส่วนงานย่อย) (ภายใน 30 ธันวาคม 2566 )</li> <li>4. หน่วยงานมีการวิเคราะห์ความเสี่ยง นำความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูงและสูงมากจัดทำและจัดส่งสรุปรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.5 ส่วนงานย่อย) ทันเวลา (ภายใน 30 ธันวาคม 2566)</li> <li>5. หน่วยงานมีการจัดทำรายงานแก้ไขข้อบกพร่อง ภายใน 45 วัน</li> </ol>
--	--

<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
มากกว่าร้อยละ92	มากกว่าร้อยละ95	มากกว่าร้อยละ97	ร้อยละ 100

<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อสร้างระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุม กำกับงานด้านระบบกระบวนการภายในให้เกิดความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	ประเมินตามเกณฑ์
<b>แหล่งข้อมูล</b>	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A= หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลการตรวจสอบ
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B= หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน) <u>รอบที่ 1</u> ( 1 ต.ค. 66 - 28 กพ. 67) <u>รอบที่ 2</u> ( 1 เม.ย. 67 - 15 สค. 67)

<p><b>เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:</b></p> <p><b>เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ปี 2567 สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน (รอบที่ 1 และรอบที่ 2)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หน่วยบริการมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ</li> </ol>
--

ของหน่วยงานโดยแนบคำสั่งในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ

2. หน่วยงานแนบไฟล์เอกสาร ตามหัวข้อแบบประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังที่กำหนด ในแต่ละมิติในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ
3. ผ่านเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 90 จำนวน 2 มิติ
4. ผ่านเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 90 จำนวน 4 มิติ
5. ผ่านเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 90 จำนวน 5 มิติ

คะแนน	เกณฑ์ประเมินสำหรับโรงพยาบาล
1 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1
2 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1 + 2
3 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1 + 2 + 3
4 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1 + 2 + 3 + 4
5 คะแนน	ทำได้ทุกข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ปี 2567 สำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (รอบที่ 1 และรอบที่ 2)

1. หน่วยบริการมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน และคณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน
2. หน่วยงานจัดทำ Flowchart การปฏิบัติงานตามระบบการควบคุมภายใน ครอบคลุมโครงสร้างหลักของหน่วยงาน
3. หน่วยงานจัดทำและจัดส่งรายงานสรุปผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.4 ส่วนงานย่อย) (ภายใน 30 ธันวาคม )
4. หน่วยงานมีการวิเคราะห์ความเสี่ยง นำความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูงและสูงมาก จัดทำและจัดส่งสรุปรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.5 ส่วนงานย่อย) ทันเวลา (ภายใน 30 ธันวาคม )
5. หน่วยงานมีการจัดทำรายงานแก้ไขข้อบกพร่อง ภายใน 45 วัน

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน สำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
1 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1
2 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1 + 2
3 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1 + 2 + 3
4 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1 + 2 + 3 + 4
5 คะแนน	ทำได้ทุกข้อ

เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data	Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2564	2565	2566
	หน่วยงานที่เกณฑ์	ร้อยละ	89.18	81.38	77.79

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1: นางสาวนวลจันทร์ บุญเจือ กลุ่มงานบริหาร 2 : นายบุญถิ์อ พุ่มจันทร์ งานบริหาร
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทั่วไปโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานบริหารทั่วไปสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำเย็น

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence
แผนงานที่ 11	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 1	โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
ตัวชี้วัดที่ R 53	ระดับความสำเร็จหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ปีงบประมาณ 2567
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หน่วยงานราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) เป็นไปภายใต้แนวคิดยิ่งเปิดเผยยิ่งโปร่งใส (More open, more transparent) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุมการปฏิบัติราชการในทุกมิติของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้ ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามที่ปฏิทินกำหนด จำแนกเป็น 9 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล ประกอบด้วย ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 2 ข้อ</li> <li>(2) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 2 ข้อ</li> <li>(3) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 2 ข้อ</li> <li>(4) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 2 ข้อ</li> <li>(5) ตัวชี้วัดการรับสินบน ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 2 ข้อ</li> </ol>



	(6) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (7) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต (8) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน (9) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร	ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 1 ข้อ ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 1 ข้อ ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 2 ข้อ	
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 92	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92
<b>วัตถุประสงค์</b>	<p>1. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้รับทราบถึงสถานะและปัญหาการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน</p> <p>2. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค นำมาตรการการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ มาบังคับใช้ และปฏิบัติอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร</p> <p>3. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้มีการจัดการข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบระเบียบ เตรียมความพร้อมในการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะให้ได้รับทราบและส่งเสริมให้เกิดการตรวจสอบ</p>		
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 แห่ง</p> <p>2. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 4 แห่ง</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 25 แห่ง</p> <p>4. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 22 แห่ง</p>		
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมายที่ตอบคำถามและแนบเอกสาร / หลักฐาน ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) และให้คะแนนการประเมินตามรอบการประเมิน 4 ไตรมาส ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)		
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<p>1. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT)</p> <p>2. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)</p>		
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (OIT) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 92 (ใน 1 ปี)		
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (52 หน่วยงาน)		
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$		

<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	<p>ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี)</li> <li>2. ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี)</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>ประเมินรอบที่ 1 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 67</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี)</li> <li>4. ไตรมาสที่ 4 รอบ 12 เดือน (เดือนกันยายนของทุกปี)</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>ประเมินรอบที่ 2 วันที่ 15 สิงหาคม 67</b></p>
--------------------------	--

**วิธีการประเมินผล**

หน่วยงานจำนวน 52 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) ผ่านเกณฑ์การประเมินในแต่ละรอบไตรมาส ดังนี้

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
5 ระดับขั้นความสำเร็จ (ต้องผ่าน MOIT1-5)	ค่าเป้าหมายร้อยละ 82	ค่าเป้าหมายร้อยละ 87	ค่าเป้าหมายร้อยละ 92

**เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567: รอบที่ 1 (1 ตค.66 – 28 กพ.67)**

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (5 ระดับ) (MOITผ่านครบ 1-5 ข้อ)
2 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 55 (MOITผ่าน 10 ข้อขึ้นไป)
3 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 82 (MOITผ่าน 14 ข้อขึ้นไป)
4 คะแนน	ระดับคะแนนที่ 3 และ ไม่มี จนท.ถูกชี้มูลทุจริต
5 คะแนน	ระดับคะแนนที่ 3 และไม่มี จนท.ถูกชี้มูลทุจริต +ไม่มี จนท.ถูกลงโทษฐานทุจริต

**เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567: รอบที่ 2 (1 เมย.66 – 15 สค.67)**

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 82 (MOITผ่าน 14 ข้อขึ้นไป)
2 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 84 (MOITผ่าน 15 ข้อขึ้นไป)
3 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 87 (MOITผ่าน 16 ข้อขึ้นไป)
4 คะแนน	ระดับคะแนนที่ 3 และไม่มี จนท.ถูกชี้มูล (MOITผ่าน 19 ข้อขึ้นไป)
5 คะแนน	ระดับคะแนนที่ 3 และไม่มีจนท.ถูกชี้มูลทุจริต+ไม่มี จนท.ถูกลงโทษทุจริต (MOITผ่าน 20 ข้อขึ้นไป)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data	Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2564	2565	2566
		ร้อยละ	98.08	100	100
ที่มา : HDC จังหวัดอุบลราชธานี					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1: นางสาวนวลจันทร์ บุญเจือ กลุ่มงานบริหาร 2 : นายบุญถือ พุ่มจันทร์ งานบริหาร				
หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทั่วไปโรงพยาบาลน้ำยืน กลุ่มงานบริหารทั่วไปสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำยืน				

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence
แผนงานที่ 11	การพัฒนาธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 2	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 54	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานตามนโยบาย One Health เครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับอำเภอ ปี 2567
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>One Health เป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหลายสาขาวิชาชีพ เพื่อแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนที่เกิดจากผลกระทบร่วมกันระหว่าง มนุษย์ สัตว์และสิ่งแวดล้อม</p> <p>One Health” (สุขภาพหนึ่งเดียว) คือแนวความคิดเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวมมุ่งเน้นการแก้ปัญหาสุขภาพที่รวมแนวทางปฏิบัติทางด้านสุขภาพของทั้งคน สัตว์ระบบนิเวศอาศัยความร่วมมือจากหลากหลายวิชาชีพทั้งแพทย์ สัตวแพทย์ นักวิชาการสิ่งแวดล้อม นักวิชาการเกษตร นักธรณีวิทยาและผู้เชี่ยวชาญต่างๆ รวมถึงการส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันอย่างรวดเร็วเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ทางสุขอนามัยที่ดีขึ้น</p> <p>นโยบาย One Health สสจ.อุบลราชธานี คือ เป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหลายสาขาวิชาชีพ เพื่อแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนที่เกิดจากผลกระทบร่วมกันระหว่าง มนุษย์ สัตว์และสิ่งแวดล้อม โดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดร่วมกันทั้งทรัพยากรคน เงิน ของ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอไม่แบ่งแยกแม่ข่ายหรือลูกข่าย</p>

เกณฑ์เป้าหมาย					
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570		
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5		
วัตถุประสงค์	เพื่อให้การดำเนินงานในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ บูรณาการการทำงานร่วมกัน โดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดร่วมกันทั้งทรัพยากรคน เงิน ของ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ทั้ง 25 อำเภอ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินระดับความสำเร็จในการดำเนินงานร่วมกัน				
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)				
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567					
ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนนระดับความสำเร็จการดำเนินงาน One Health				
ขั้นที่ 1	คณะกรรมการ คปสอ.มีการประชุมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งและมีการส่งสรุปรายงานการประชุมให้กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สสจ.อุบลฯ ทราบ ทุกครั้ง (มีแผนการประชุม คปสอ.ส่ง สสจ.อบ.)				
ขั้นที่ 2	1.การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ 2.มีแผนการพัฒนางานในภาพเครือข่ายสุขภาพ ทั้งแผนการเงินการคลัง(Planfin) และแผนปฏิบัติการประจำปี 2567 3. มีกิจกรรมคุ้มครองการปฏิบัติการประจำปี MOU คปสอ. (ภาพกิจกรรม หลักฐาน)				
ขั้นที่ 3	มีการนิเทศงาน หน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกันอย่างน้อย 2 ครั้ง/แห่ง/ปี (ลูกข่ายรับนิเทศ100%) (ตรวจสอบแผนการนิเทศงาน คณะกรรมการที่ร่วมนิเทศ และข้อมูลเชิงประจักษ์)				
ขั้นที่ 4	มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม (แสดงให้เห็นเช่น ระบบ Central Supply / ระบบจัดการขยะติดเชื้อ / จัดบุคลากรสนับสนุนระบบทำงาน) อย่างน้อย 1 ระบบ มีการแก้ไขปัญหา พขอ.ในพื้นที่ เห็นภาพการดำเนินงานทั้งเครือข่าย อย่างบูรณาการงาน				
ขั้นที่ 5	มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม (แสดงให้เห็นเช่น ระบบ Central Supply / ระบบจัดการขยะติดเชื้อ / จัดบุคลากรสนับสนุนระบบทำงาน ตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป มีการแก้ไขปัญหา พขอ.ในพื้นที่ เห็นภาพการดำเนินงานทั้งเครือข่าย อย่างบูรณาการงาน (ผลลัพธ์เชิงประจักษ์)				
คะแนน	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5
1 คะแนน	ผ่าน				
2 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน			
3 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน		
4 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	
5 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

วิธีการประเมิน	ประเมินแบบ Milestone ตามขั้นตอน 5 ขั้นตอน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวนุชจรินทร์ ศรีบุญ งานยุทธศาสตร์ 2.นายวุฒิศักดิ์ ทองมนต์ งานสารสนเทศ
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence
แผนงานที่ 12	การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ตัวชี้วัดที่ R 55	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดอุบลราชธานี สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p><b>ระบบทะเบียนสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (PHR) ระบบหมอพพร้อม</b> พัฒนาขึ้นเพื่อประโยชน์ ของประชาชน ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองภายหลัง การเข้ารับบริการตรวจรักษาจากหน่วยบริการ สุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เข้าร่วมโครงการกับแพลตฟอร์มหมอพพร้อม ตามสิทธิของผู้ป่วยในการเข้าถึงข้อมูล การเข้ารับการรักษาของตัวเอง และเพื่อประโยชน์แก่หน่วยบริการสุขภาพ ในการเชื่อมโยงและ แลกเปลี่ยนข้อมูล การดูแลสุขภาพของประชาชนระหว่างกันแบบไร้รอยต่อ ชุดข้อมูล PHR ระบบหมอพพร้อม รองรับทั้งข้อมูลจากระบบสารสนเทศของหน่วยบริการสุขภาพ (Health Information System : HIS) และจากระบบ Health Datacenter ของหน่วย บริการต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการ และข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องจะถูกประมวลผลในระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพพร้อม เพื่อวิเคราะห์ ข้อมูลสุขภาพประชาชน รายบุคคล และคืนข้อมูลให้ประชาชนซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูล (Data subject) ผ่าน Mobile Application หมอพพร้อม</p> <p><b>การส่งข้อมูลทะเบียนสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (PHR) คือ</b> การนำข้อมูล จากระบบสารสนเทศของหน่วยบริการสุขภาพ (Health Information System : HIS) ส่งเข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพพร้อม</p>

เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ	เกณฑ์เป้าหมายแต่ละปี		
2567	1. ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดส่งข้อมูลระบบเบียนสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (PHR) เข้าสู่ระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อมได้ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน 100 % 2. โรงพยาบาลดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข		
2568	1. ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดส่งข้อมูลระบบเบียนสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (PHR) เข้าสู่ระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อมได้ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน 100 % 2. โรงพยาบาลดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข		
2569	1. ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดส่งข้อมูลระบบเบียนสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (PHR) เข้าสู่ระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อมได้ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน 100 % 2. โรงพยาบาลดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข		
2570	1. ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดส่งข้อมูลระบบเบียนสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (PHR) เข้าสู่ระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อมได้ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน 100 % 2. โรงพยาบาลดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข		
<b>วัตถุประสงค์</b>	1. เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพหน่วยบริการทุกระดับ 2. เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการรับบริการ 3. เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการ		
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ภายในจังหวัดอุบลราชธานี		
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง ชุดข้อมูลระบบเบียนสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล ( Personal Health Record: PHR) ระบบหมอพร้อม อ้างอิง <a href="https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/phr/">https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/phr/</a>		
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ตรวจสอบการส่งข้อมูล ใน <a href="https://phr1.moph.go.th/dashboard/">https://phr1.moph.go.th/dashboard/</a>		
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A= จำนวนโรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลเป็นปัจจุบัน		
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B= จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัด		
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$		
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	2 รอบการประเมิน/ ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2567)		
<b>การติดตามรายไตรมาส</b>			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
หน่วยบริการมีการส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) เข้าสู่ระบบ	หน่วยบริการมีการส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) เข้าสู่ระบบ MOPH-PHR	หน่วยบริการมีการส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) เข้าสู่ระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์ม	หน่วยบริการมีการส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) เข้าสู่ระบบ MOPH-PHR ของ

MOPH-PHR ของ แพลตฟอร์มหมอพร้อม ครบทุกแห่ง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	ของแพลตฟอร์มหมอ พร้อมครบทุกแห่ง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	หมอพร้อมครบทุกแห่ง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	แพลตฟอร์มหมอพร้อมครบ ทุกแห่ง ครบถ้วน และเป็น ปัจจุบัน
--	---	---	---

### เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2567)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	โรงพยาบาลมีการส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อม
2 คะแนน	โรงพยาบาลมีการส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อม เป็นปัจจุบัน
3 คะแนน	โรงพยาบาลมีการส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อม เป็นปัจจุบันและครบถ้วน
4 คะแนน	โรงพยาบาลมีการส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อม เป็นปัจจุบัน ครบถ้วน และมี Policy การส่งข้อมูลที่ชัดเจน
5 คะแนน	โรงพยาบาลมีการส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อม เป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้อง และมี Policy การส่งข้อมูลที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร

เอกสารสนับสนุน	<a href="https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/phr/">https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/phr/</a>
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางวิภาพร โปธิ์ไทร งานประกันสุขภาพ 2.นายวุฒิศักดิ์ ทองมนต์ งานสารสนเทศ
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence
แผนงานที่ 12	การพัฒนากระบวนการสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ตัวชี้วัดที่ R 56	ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน HAIT ของโรงพยาบาล ปี 2567
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล ชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

**HAIT** (Healthcare Accreditation Information Technology) หมายถึง คุณภาพสถานพยาบาลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ตามกรอบการพัฒนา คุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล Hospital IT Quality Improvement Framework (HITQIF v2, Feb.2021) และฉบับเพิ่มเติม (HAIT plus)

**ยื่นขอรับรอง HAIT** หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการขออนุญาตยื่นขอรับรอง HAITตามขั้นตอน หรือได้รับการตรวจเยี่ยม หรือ ตรวจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ทุกระดับการขอรับรอง การดำเนินการยื่นขอรับรอง HAIT ตามขั้นตอนขอรับรองการตรวจเยี่ยม หรือ ขอรับรองการตรวจประเมินตามที่สมาคม เวชสารสนเทศไทย Thai Medical Informatics Association(TMI) กำหนดดังต่อไปนี้

#### **ขั้นตอนขอรับรองการตรวจเยี่ยม**

1. โรงพยาบาลพร้อมรับการตรวจเยี่ยม ให้ติดต่อประสานมายังสมาคม TMI ทางอีเมลล์ official@tmi.or.th โดยแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน ก่อนกำหนดการ ที่คาดว่าจะขอรับการตรวจเยี่ยมฯ
2. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI แจ้งกำหนดนัดหมายวันตรวจเยี่ยม พร้อมแจ้ง รายชื่อผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI 3 ท่าน ทางอีเมลล์ของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ
3. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI ส่งมอบแนวทางการนำเสนอการพัฒนาคุณภาพ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล ทางอีเมลล์ของผู้ประสานงานโรงพยาบาล ที่ระบุ
4. โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารนำเสนอตามแนวทางการนำเสนอฯ แก่ทีมผู้เชี่ยวชาญ สมาคม TMI ทางอีเมลล์ official@tmi.or.th และอีเมลล์ที่ได้รับแจ้งจากผู้ประสานงาน ของ สมาคม TMI ก่อนวันตรวจเยี่ยมอย่างน้อย 1-2 วัน
5. โรงพยาบาลเตรียมเอกสาร จำนวน 3 ชุด (Paper) ในวันตรวจเยี่ยม เพื่อประกอบการ นำเสนอและการตรวจสอบสำหรับ ทีมตรวจเยี่ยมสมาคม TMI
6. โรงพยาบาลได้รับการตรวจเยี่ยมจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI

#### **ขั้นตอนขอรับรองการตรวจประเมิน**

1. โรงพยาบาลพร้อมรับการตรวจประเมิน ให้ติดต่อประสานมายังสมาคม TMI ทาง อีเมลล์ official@tmi.or.th โดยแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน ก่อนกำหนดการที่คาดว่าจะขอรับการตรวจประเมินฯ
2. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI แจ้งกำหนดนัดหมายวันตรวจประเมิน พร้อม แจ้ง รายชื่อผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI 3 ท่าน ทางอีเมลล์ของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ
3. สมาคม TMI ส่งมอบแนวทางการนำเสนอการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยี สารสนเทศในโรงพยาบาล ทางอีเมลล์ของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ



	<p>4. โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารนำเสนอตามแนวทางการนำเสนอฯ แก่ทีม ผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI ทางอีเมลล์ official@tmi.or.th และอีเมลล์ที่ได้รับแจ้งจากผู้ประสานงานของสมาคม TMI ก่อนวันตรวจประเมินอย่างน้อย 1-2 วัน</p> <p>5. โรงพยาบาลเตรียมเอกสาร จำนวน 3 ชุด (Paper) ในวันตรวจประเมินเพื่อประกอบการนำเสนอ และการตรวจสอบสำหรับทีมตรวจประเมิน</p> <p>6. โรงพยาบาลได้รับการตรวจประเมินจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI</p>
--	---

**เกณฑ์เป้าหมาย**

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
<p>1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT ครบ 100 %</p> <p>2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ประเมินตนเอง ครบ 100% HAIT</p> <p>3. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านการรับรอง HAIT ชั้นที่ 1 อย่างน้อย 1 แห่ง</p>	<p>1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านการรับรอง HAIT ชั้นที่ 1 อย่างน้อย 2 แห่ง</p> <p>2. โรงพยาบาลชุมชนทุกโรงพยาบาล ผ่านการรับรอง HAIT ชั้นที่ 1 อย่างน้อย 1 แห่ง</p>	<p>1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ผ่านการรับรอง HAIT ชั้นที่ 1 อย่างน้อย 30%</p> <p>2. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน ยื่นขอรับรอง HAIT ชั้นที่ 2</p>	<p>1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ผ่านการรับรอง HAIT ชั้นที่ 1 อย่างน้อย 60%</p> <p>2. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน ผ่านการรับรอง HAIT ชั้นที่ 2 อย่างน้อย 30%</p>

<b>วัตถุประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อยกระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ให้ได้มาตรฐาน HAIT ตามความ เหมาะสมกับขนาดและบริบทของโรงพยาบาล</li> <li>2. เพื่อลดความเสี่ยงในการถูกคุกคามความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ด้านสาธารณสุข</li> <li>3. เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ และภาพลักษณ์ในการใช้บริการด้านสาธารณสุข</li> <li>4. เพื่อให้โรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล สามารถต่อยอดหรือปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของตนเองให้มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบท</li> </ol>
---------------------	--

<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ภายในจังหวัดอุบลราชธานี
-----------------------------	---

<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แบบสอบถามประเมินตนเองการพัฒนาคูณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาล (HAIT)</li> <li>2. สมาคม TMI ตรวจสอบจำนวนโรงพยาบาล ที่ได้รับการเยี่ยมหรือได้รับการตรวจประเมินจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI</li> <li>3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประสานสมาคม TMI รวบรวมข้อมูล เพื่อจัดทำรายงานในระดับภาพรวมจังหวัด</li> </ol>
-----------------------------	---

<b>แหล่งข้อมูล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แบบสอบถามกลับจากหน่วยงาน</li> <li>2. สมาคมเวชสารสนเทศไทย Thai Medical Informatics Association</li> </ol>
--------------------	--

<b>รายการข้อมูล 1</b>	A= จำนวนโรงพยาบาลที่ ขอรับรอง / ประเมินตนเอง
-----------------------	--

รายการข้อมูล 2	B= จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)			
<b>การติดตามรายไตรมาส</b>				
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	
หน่วยบริการประเมินตนเองตามแบบฟอร์ม	หน่วยบริการประเมินตนเองตามแบบฟอร์ม เพื่อติดตามความก้าวหน้าดำเนินการ	หน่วยบริการประเมินตนเองตามแบบฟอร์ม เพื่อติดตามความก้าวหน้าดำเนินการ	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ยื่นขอรับรองเข้ารับการประเมิน HAIT	
หน่วยบริการเข้ารับการอบรมการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (HAIT)	มีการดำเนินการตามขั้นตอนการยื่นขอรับรองเพิ่มขึ้นจากไตรมาส 1	มีการดำเนินการตามขั้นตอนการยื่นขอรับรองเพิ่มขึ้นจากไตรมาส 2	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน ผ่านการรับรอง HAIT ชั้นที่ 1 อย่างน้อย 1 แห่ง	
<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b>				
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)				
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567- 15 สิงหาคม 2567)				
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน			
1 คะแนน	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์ม			
2 คะแนน	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์ม มีคะแนนประเมินตนเองในหัวข้อที่ดำเนินการแล้ว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50			
3 คะแนน	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์ม มีคะแนนประเมินตนเองในหัวข้อที่ดำเนินการแล้ว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60			
4 คะแนน	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์ม มีคะแนนประเมินตนเองในหัวข้อที่ดำเนินการแล้ว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80			
5 คะแนน	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์ม และยื่นขอรับรองการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (HAIT)			
เอกสารสนับสนุน	<a href="https://tmi.or.th/downloads/">https://tmi.or.th/downloads/</a>			
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data</b>				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
Level 1	แห่ง	-	-	1 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายณรินทร์ จุลทรรัตน์ งานสารสนเทศ 2.นายวุฒิศักดิ์ ทองมนต์ งานสารสนเทศ
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence
แผนงานที่ 12	การพัฒนาาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ตัวชี้วัดที่ R 57	ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน โรงพยาบาลอัจฉริยะ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p><b>สุขภาพดิจิทัล (Digital Health)</b> เป็นการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการยกระดับการให้บริการทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพของประชาชน ช่วยลดความแออัด รวมถึงระยะเวลารอคอยในโรงพยาบาล</p> <p><b>โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)</b> หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และอำนวยความสะดวกรวดเร็วให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยในปีงบประมาณ 2567 มีเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ประกอบด้วย 4 ด้าน ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์แต่ละด้านอย่างน้อย 160 คะแนน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ด้านโครงสร้างพื้นที่ คะแนนเต็ม 250 คะแนน</li> <li>2. ด้านบริหารจัดการ คะแนนเต็ม 250 คะแนน</li> <li>3. ด้านการให้บริการ คะแนนเต็ม 250 คะแนน</li> <li>4. ด้านความปลอดภัยและธรรมาภิบาล คะแนนเต็ม 250 คะแนน</li> </ol> <p>โดยแบ่งระดับโรงพยาบาลอัจฉริยะ เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระดับพื้นฐาน 700 คะแนน (ระดับเงิน)</li> <li>2. ระดับดี 800 คะแนน (ระดับทอง)</li> <li>3. ระดับดีเลิศ 900 คะแนน (ระดับเพชร) และต้องทำ Success story และมี Demonstration</li> </ol>

รายละเอียดเกณฑ์การประเมินตาม QR Code



แบบประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะตาม QR Code



ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายโรงพยาบาลอัจฉริยะ ประกอบด้วย

ระดับที่ 1	โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองตามแบบประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะ รอบ 100 วัน
ระดับที่ 2	โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองตามแบบประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะ รอบ 6 เดือน
ระดับที่ 3	ร้อยละ 30 ของ โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ ระดับพื้นฐานขึ้นไป
ระดับที่ 4	ร้อยละ 50 ของ โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ ระดับพื้นฐานขึ้นไป

#### เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
1. โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะขั้นพื้นฐาน อย่างน้อย 160 คะแนน ต่อด้าน 50% ของโรงพยาบาลทั้งหมด 2. มีโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบของของจังหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย 2 แห่ง	1. โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะขั้นพื้นฐาน อย่างน้อย 160 คะแนน ต่อด้าน 80% ของโรงพยาบาลทั้งหมด 2. มีโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบของของจังหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย 5 แห่ง	1. โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะขั้นพื้นฐาน อย่างน้อย 160 คะแนน ต่อด้าน 100% ของโรงพยาบาลทั้งหมด 2. มีโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบของของจังหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย 8 แห่ง	-

วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับบริการสุขภาพของประชาชนด้วยดิจิทัลให้สามารถรับการรักษาได้ ทุกหน่วยบริการในกระทรวงสาธารณสุข 2. ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพตนเองด้วยดิจิทัล 3. พัฒนาหน่วยบริการสุขภาพเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ภายในจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผลระดับจังหวัด
แหล่งข้อมูล	1. แบบสอบถามกลับจากหน่วยงาน 2. สำนักสุขภาพดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

การติดตามรายไตรมาส			
100 วัน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ	หน่วยบริการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ	ร้อยละ 30 โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 50 โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับพื้นฐานขึ้นไป

**เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567**  
รอบที่ 1 ( 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)  
รอบที่ 2 ( 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	-
2 คะแนน	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์มโรงพยาบาลอัจฉริยะ รอบ 100 วัน
3 คะแนน	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์มโรงพยาบาลอัจฉริยะ รอบ 6 เดือน และผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ ไม่ต่ำกว่าด้านละ 160 คะแนน รวม 640 คะแนน (ประเมิน 4 ด้าน)
4 คะแนน	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ ไม่ต่ำกว่าด้านละ 160 คะแนน รวม 700 คะแนน
5 คะแนน	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ ไม่ต่ำกว่าด้านละ 160 คะแนน รวม 800 คะแนน

เอกสารสนับสนุน	<a href="https://tmi.or.th/downloads/">https://tmi.or.th/downloads/</a>
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวนุชจรินทร์ ศรีบุญ งานยุทธศาสตร์
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลน้ำยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence
แผนงานที่ 13	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่ 2	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ตัวชี้วัดที่ R 58	ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพบัญชี (AC) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2567
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit : AC) -เครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>โปรแกรมตรวจสอบประเมินคุณภาพบัญชี อิเลคทรอนิกส์</li> <li>คู่มือตรวจสอบงบทดลอง</li> <li>คู่มือตรวจสอบบัญชี</li> </ol> <p><b>ระดับความสำเร็จ</b> หมายถึง การที่หน่วยงานได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพบัญชี AC ได้ตามขั้นตอนเกณฑ์การดำเนินงานตาม Milestone 4 ขั้นตอน โดยมีกิจกรรมการดำเนินการดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>หน่วยบริการจัดทำทะเบียนคุม และแบบฟอร์มรายงาน ตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหน่วยบริการมีการนำเงินฝากคลังทุกเดือน <ol style="list-style-type: none"> <li>จัดทำรายงานเงินคงเหลือประจำวันตามแบบฟอร์มที่กำหนด และยอดคงเหลือตรงกับงบทดลอง ส่งให้ สสจ. ภายในวันที่ 10 ของเดือน (0.50 คะแนน)</li> <li>จัดทำรายงานลูกหนี้เงินยืมเงินบำรุงตามแบบฟอร์มที่กำหนด และยอดคงเหลือตรงกับงบทดลอง ส่งให้ สสจ. ภายในวันที่ 10 ของเดือน (0.25 คะแนน)</li> <li>จัดทำทะเบียนคุมเงินฝากคลังตามแบบฟอร์มที่กำหนด และรายงานให้ สสจ. ทราบทุกเดือน (0.50 คะแนน)</li> </ol> </li> <li>มีการรับรู้ประเภทรายการบัญชีถูกต้อง ตามหมวดบัญชี <ol style="list-style-type: none"> <li>หมวด 1 สินทรัพย์ (0.25 คะแนน)</li> <li>หมวด 2 หนี้สิน (0.50 คะแนน)</li> <li>หมวด 4 รายได้ (0.25 คะแนน)</li> <li>หมวด 5 ค่าใช้จ่าย (0.25 คะแนน)</li> </ol> </li> </ol> <p><b>หมวด 3 ต้องไม่มีรายการเคลื่อนไหว</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>มีรายงานทางการเงินของลูกข่ายในเครือข่ายส่งครบทุกแห่ง ทุกเดือน (มีหลักฐานการกำกับติดตาม) และผ่านเกณฑ์ 50 คะแนน <ol style="list-style-type: none"> <li>ลูกข่ายนำส่งงบทดลองครบทุกแห่งและผ่านเกณฑ์ 50 คะแนน (0.25 คะแนน)</li> <li>ปรับปรุงลูกหนี้ค่ารักษา UC-OP ใน CUP (0.50 คะแนน)</li> <li>บันทึกวัสดุคงเหลือตามนโยบายบัญชีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกเดือน (0.50 คะแนน)</li> </ol> </li> </ol>

	<p>4.ผลงาน(คุณภาพบัญชีของแม่ข่าย)ทาง website ผ่านเกณฑ์ 100 คะแนน (ตรวจสอบผ่าน website เชิงประจักษ์)</p> <p>4.1 แม่ข่ายนำส่งงบทดลองและผ่านเกณฑ์ 100 คะแนน (0.25 คะแนน)</p> <p>4.2 บัญชีเงินที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ เท่ากับหรือมากกว่า เงินรับฝาก รายได้รอการรับรู้กรณีเป็นโครงการฯ (0.50 คะแนน)</p> <p>4.3 ส่งข้อมูลบริการประจำเดือน ภายในวันที่ 15 ของเดือน (0.50 คะแนน)</p>
--	---

**เกณฑ์เป้าหมาย**

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5

<b>วัตถุประสงค์</b>	<p>1.เพื่อสร้างระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>2.เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของงบการเงิน</p> <p>3.ใช้เป็นเครื่องมือปรับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง</p>
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	การพัฒนาคุณภาพบัญชี : เก็บข้อมูลจากระบบอิเล็กทรอนิกส์รายเดือน
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<p>จาก Website 1.Webonlineintra.gfmis.go.th</p> <p>2. www.hfo67.moph.go.th</p> <p>3. https://jad.moph.go.th/main/eia หรือ https://jad.moph.go.th/app</p>
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A= หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชี (แห่ง)
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B= หน่วยงานที่เข้ารับการประเมิน (แห่ง)
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$\frac{A \times 100}{B}$

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตค. 66 - 28 กพ. 67) รอบที่ 2 (1 เมย. 67 - 15 สค. 67)
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ Milestone 4 ขั้นตอน

**เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567**

รอบที่ 1 (1 ตค. 66 - 28 กพ. 67)

รอบที่ 2 (1 เมย. 67 - 15 สค. 67)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1.25 คะแนน	ข้อ 1.หน่วยบริการจัดทำทะเบียนคุม และแบบฟอร์มรายงาน ตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด 1.1 จัดทำรายงานเงินคงเหลือประจำวันตามแบบฟอร์มที่กำหนด และยอดคงเหลือตรงกับงบทดลอง ส่งให้ สสจ. ภายในวันที่ 10 ของเดือน (0.50 คะแนน) 1.2 จัดทำรายงานลูกหนี้เงินยืมเงินบำรุงตามแบบฟอร์มที่กำหนด และยอดคงเหลือตรงกับงบทดลอง ส่งให้ สสจ. ภายในวันที่ 10 ของเดือน (0.25 คะแนน) จัดทำทะเบียนคุมเงินฝากคลังตามแบบฟอร์มที่กำหนด และรายงานให้ สสจ.ทราบทุกเดือน (0.50 คะแนน)
1.25 คะแนน	ข้อ 2.มีการรับรู้ประเภทรายการบัญชีถูกต้อง ตามหมวดบัญชี 2.1 หมวด 1 สินทรัพย์ (0.25 คะแนน) 2.2 หมวด 2 หนี้สิน (0.50 คะแนน) 2.3 หมวด 4 รายได้ (0.25 คะแนน) 2.4 หมวด 5 ค่าใช้จ่าย (0.25 คะแนน) <b>หมวด 3 ต้องไม่มีรายการเคลื่อนไหว</b>
1.25 คะแนน	ข้อ 3.มีรายงานทางการเงินของลูกข่ายในเครือข่ายส่งครบทุกแห่ง ทุกเดือน (มีหลักฐานการกำกับติดตาม) 3.1 ลูกข่ายนำส่งงบทดลองครบทุกแห่งและผ่านเกณฑ์ 50 คะแนน (0.25 คะแนน) 3.2 ปรับปรุงลูกหนี้ค่ารักษา UC-OP ใน CUP (0.50 คะแนน) 3.3 บันทึกวัสดุคงเหลือตามนโยบายบัญชีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกเดือน (0.50 คะแนน)
1.25 คะแนน	ข้อ 4.ผลงาน(คุณภาพบัญชีของแม่ข่าย)ทาง website (ตรวจสอบผ่าน website เชิงประจักษ์) 4.1 แม่ข่ายนำส่งงบทดลองและผ่านเกณฑ์ 100 คะแนน (0.25 คะแนน) 4.2 บัญชีเงินที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ เท่ากับหรือมากกว่า เงินรับฝาก รายได้รอการรับรู้กรณีเป็นโครงการฯ (0.50 คะแนน) 4.3 ส่งข้อมูลบริการประจำเดือน ภายในวันที่ 15 ของเดือน (0.50 คะแนน)
รวมเป็น 5 คะแนน	



ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวนวลจันทร์ บุญเจือ งานบริหาร 2.นางสาวศิริลักษณ์ กนกหงษ์ งานการเงิน
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไปโรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มงานบริหารงานทั่วไปสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ้ำเย็น

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence	
แผนงานที่ 13	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ	
โครงการที่ 2	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	
ตัวชี้วัดที่ R 59	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 4-7	
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน	
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5	
คำนิยาม	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้	
ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์
1.1 CR < 1.5	1	CR = สินทรัพย์หมุนเวียน / หนี้สินหมุนเวียน
1.2 QR < 1.0	1	QR = เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสด และลูกหนี้ / หนี้สินหมุนเวียน
1.3 Cash < 0.8	1	Cash Ratio = เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด / หนี้สินหมุนเวียน
2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน
2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NWC < 0	1	เงินทุนหมุนเวียน = สินทรัพย์หมุนเวียน หัก หนี้สินหมุนเวียน
2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) NI < 0	1	ผลประกอบการสุทธิ = รายได้ - ค่าใช้จ่าย

3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน
3.1 มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอรับภาระการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ)		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง สามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ
a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน	0	เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ
b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1	* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มีผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ
c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = 3 เดือน	2	
3.2 มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก)		
a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 6 เดือน	2	* กรณีมีกำไรจากผลการดำเนินงาน แต่ขาดเงินหมุนเวียน
b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน	1	
c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก < หรือ = 3 เดือน	0	
3.3 กรณี NWC ติดบวก & มี NI เป็นบวก	0	
3.4 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นลบ	2	
การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด		

**เกณฑ์เป้าหมาย**

ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569
ระดับ 7 = 0	ระดับ 7 = 0	ระดับ 7 = 0	ระดับ 7 = 0
ระดับ 4-6 = 0	ระดับ 4-6 = 0	ระดับ 4-6 = 0	ระดับ 4-6 = 0

**วัตถุประสงค์**

เพื่อให้หน่วยบริการไม่ประสบภาวะวิกฤติด้านการเงิน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงานสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลสังกัด สป. ที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) ทุกวันที่ 10 ของเดือนถัดไป
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาล ศูนย์,โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ7,ระดับ4-6
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาล ศูนย์,โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

#### การติดตามรายไตรมาส

มาตรการ	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1. หน่วยบริการมีและใช้ Planfin แผนเงินบำรุง แผนลงทุน	มีแผน Planfin แผนเงินบำรุง แผนลงทุน ครบทุกหน่วย	ใช้ Planfin แผนเงินบำรุง แผนลงทุน เป็นเครื่องมือ ในการบริหารหน่วยงาน	วิเคราะห์ส่วนต่างแผนการ เงินกับรายงานทางการเงิน ระหว่างไตรมาส	สรุปเปรียบเทียบแผนการเงิน ของปีกับรายงานการเงิน ประจำปี
2. มีกระบวนการเฝ้าระวัง สถานการณ์การเงิน การคลัง	มีคำสั่งและมีการประชุม CFO	มีการประชุม วิเคราะห์ การเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลัง มีการประเมินอย่างต่อเนื่อง		
3. มีการพัฒนาระบบการ จัดเก็บรายได้	มีคำสั่งและมีการประชุม คณะกรรมการจัดเก็บรายได้	มีการประชุม ติดตาม กำกับ การจัดเก็บรายได้ทุกกองทุนเป็นประจำทุกเดือน		

**เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567**

**รอบที่ 1** (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

**รอบที่ 2** (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

ลำดับ	กิจกรรมดำเนินงาน	เอกสารประกอบการประเมิน/คะแนนแต่ละกิจกรรม
1	มีการประชุมคณะกรรมการ CFO ทุกเดือน	สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการ CFO รอบ 6 เดือน 6 ครั้ง = 2 คะแนน      4-5 ครั้ง = 1 คะแนน 3 ครั้ง = 0.5 คะแนน      < 3 ครั้ง = 0 คะแนน
2	มีการประชุมคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ ทุกเดือน	สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการ ศูนย์รายได้ รอบ 6 เดือน 6 ครั้ง = 2 คะแนน      4-5 ครั้ง = 1 คะแนน 3 ครั้ง = 0.5 คะแนน      < 3 ครั้ง = 0 คะแนน
3	รายได้ตามเกณฑ์ ณ เดือนที่ปิดบัญชีแล้ว	รายได้ตามเกณฑ์ = 1 คะแนน      รายได้ไม่ตามเกณฑ์ = 0 คะแนน
4	ค่าใช้จ่ายไม่เกินเกณฑ์ ณ เดือนที่ปิดบัญชีแล้ว	ค่าใช้จ่ายไม่เกินเกณฑ์ = 1 คะแนน      ค่าใช้จ่ายเกินเกณฑ์ = 0 คะแนน
5	รายงานแผน-ผล เงินบำรุง ทุกเดือน	รายงานทุกเดือน = 1 คะแนน      รายงานไม่ครบทุกเดือน = 0 คะแนน
6	รายงานแผน-ผล เงินลงทุน ทุกเดือน	รายงานทุกเดือน = 1 คะแนน      รายงานไม่ครบทุกเดือน = 0 คะแนน
7	คงคลังรวมไม่เกิน 2 เดือน	ไม่เกิน 2 เดือน = 1 คะแนน      มากกว่าเกิน 2 เดือน = 0 คะแนน
8	Cash Ratio (CR)	CR ≥ 1 = 1 คะแนน, CR 0.8-0.99 = 0.5 คะแนน, CR < 0.8 = 0 คะแนน

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data**

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
Risk score 7	แห่ง	0	0	0
Risk score 4-6	แห่ง	0	0	0

<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	1.นางสาวนวลจันทร์ บุญเจือ งานบริหาร 2.นางสาวศิริลักษณ์ กนกหงษ์ งานการเงิน
<b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล</b>	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไปโรงพยาบาลน้ำยืม กลุ่มงานบริหารงานทั่วไปสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำยืม

<b>ยุทธศาสตร์ที่ 4</b>	<b>Governance Excellence</b>
<b>แผนงานที่ 13</b>	<b>การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ</b>
<b>โครงการที่ 2</b>	<b>โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังตรงตามแผนปฏิบัติการ</b>
<b>ตัวชี้วัดที่ R 60</b>	<b>ระดับความสำเร็จของอำเภอมีการบริหารจัดการด้านแผนอย่างมีประสิทธิภาพ ปี 2567</b>
<b>ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน</b>	<b>1 คะแนน</b>
<b>ค่าเป้าหมายปี 2567</b>	<b>ความสำเร็จระดับ 5</b>

<p><b>คำนิยาม</b></p>	<p><b>ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการด้านแผน</b> หมายถึง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการของเครือข่ายบริการสุขภาพเป็นแบบ Single plan คือ ทุกแผนรวมเป็นแผนเดียวกัน เช่น แผนปฏิบัติการ, แผนกองทุนสุขภาพตำบล แผนเงินบำรุง แผนงบอื่นๆ เป็นต้น และมีกระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน</li> <li>2) การวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่</li> <li>3) การนำนโยบายสาธารณสุขจากทุกระดับ ประกอบการวางแผนในพื้นที่</li> <li>4) แผนปฏิบัติการของหน่วยงานสอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหาของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย</li> <li>5) มีการสื่อสารแผนปฏิบัติงานของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ</li> <li>6) มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล</li> <li>7) มีการติดตามความก้าวหน้า การสรุปการประเมินผล และมีการรายงานตามห้วงเวลาที่กำหนด</li> <li>8) แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</li> <li>9) มีการนำผลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานไปประกอบการวางแผนในรอบต่อไป</li> </ol>			
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย</b></p>				
<p>ปีงบประมาณ 2567</p> <p>ความสำเร็จระดับ 5</p>	<p>ปีงบประมาณ 2568</p> <p>ความสำเร็จระดับ 5</p>	<p>ปีงบประมาณ 2569</p> <p>ความสำเร็จระดับ 5</p>	<p>ปีงบประมาณ 2570</p> <p>ความสำเร็จระดับ 5</p>	
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<p>เพื่อให้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ มีการบริหารจัดการแผน ให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องนโยบายระดับจังหวัด,เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข และมีความสอดคล้องกับแผนการเงินการคลัง</p>			
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ</p>			
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p> <p>จากการนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานของพื้นที่และตรวจสอบจากแผนปฏิบัติการที่ขอรับการอนุมัติ และดำเนินการตามโครงการ</p>				
<p><b>แหล่งข้อมูล</b></p>	<p>แผนปฏิบัติการเครือข่าย/รายงานการเบิกจ่ายงบโครงการ</p>			
<p><b>รายการข้อมูลที่ 1</b></p>	<p>A = เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ที่ผ่านเกณฑ์การบริหารจัดการแผนระดับ 5</p>			
<p><b>รายการข้อมูลที่ 2</b></p>	<p>B = จำนวนเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอทั้งหมด (25 แห่ง)</p>			
<p><b>สูตรคำนวณ</b></p>	<p><math display="block">\frac{A \times 100}{B}</math></p>			

ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี รอบที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 รอบที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2567
-------------------	--

**เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567**

รอบที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567

รอบที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
ขั้นที่ 1	1.มีการแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2.มีการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขจากผลงานรอบปีที่ผ่านมา 3.มีการนำนโยบายจากทุกระดับเพื่อประกอบการวางแผน
ขั้นที่ 2	มีแผนปฏิบัติการของหน่วยงานที่สอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย
ขั้นที่ 3	1.มีการสื่อสารแผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ 2.มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล
ขั้นที่ 4	มีการติดตามความก้าวหน้า การสรุปการประเมินผล มีการรายงานตามห้วงเวลาที่กำหนด และแผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลา (น้อยกว่า ร้อยละ 80)
ขั้นที่ 5	แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงาน <b>ตามห้วงเวลา</b> ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ร้อยละ 80 –84.99= 0.25 คะแนน ร้อยละ 85–89.99 = 0.50 คะแนน ร้อยละ 90 –94.99 = 0.75 คะแนน มากกว่าร้อยละ 95 = 1 คะแนน <b>หมายเหตุ</b> ประเมินแผนปฏิบัติการไม่รวมโครงการที่ใช้งบประมาณสุขภาพตำบล

**การประเมินแบบ Mile Stone**

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ขั้นที่ 1	√				
ขั้นที่ 2	√	√			
ขั้นที่ 3	√	√	√		
ขั้นที่ 4	√	√	√	√	

ขั้นที่ 5	√	√	√	√	√
วิธีการประเมิน	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวนุชจรินทร์ ศรีบุญ งานยุทธศาสตร์ 2.นายวุฒิศักดิ์ ทองมนต์ งานสารสนเทศ				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลน้ำเย็น กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำเย็น				

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence		
แผนงานที่ 13	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ		
โครงการที่ 2	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังตรงตามแผนปฏิบัติการ		
ตัวชี้วัดที่ R 61	ร้อยละการบริหารจัดการงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2567		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน		
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5		
คำนิยาม	งบค่าเสื่อม หมายถึง งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม) ในรอบปีงบประมาณ 2567 เกณฑ์การประเมินรอบที่ 1 ประเมินการลงนามในสัญญาตามรายการในแผน เกณฑ์การประเมินรอบที่ 2 ประเมินผลการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมปีงบประมาณ 2567		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน รวมทั้งติดตามเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณของหน่วยงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของหน่วยงาน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงานงบค่าเสื่อม website สปสช. และการเบิกจ่ายจริง (หลักฐานทางการเงิน)		
แหล่งข้อมูล	website สปสช.		
รายการข้อมูลที่ 1	A = วงเงินงบค่าเสื่อมปี 2567 ที่ได้ดำเนินการบันทึกลงใน website สปสช.		

รายการข้อมูลที่ 2	B = วงเงินงบประมาณปี 2567 ที่ได้รับการจัดสรร				
สูตรคำนวณ	$\frac{A \times 100}{B}$				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2567				
วิธีการประเมินผล	1. ประเมินจากระบบโปรแกรมค่าเสื่อมของ สปสช. 2. รายงานงบค่าเสื่อม จาก สนง.สสจ.อุบลราชธานี 3. หลักฐานเชิงประจักษ์ (สำเนาสัญญา/เบิกจ่าย)				
<b>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</b>					
<b>รอบที่ 1 (ประเมินการทำสัญญาการจัดซื้อจัดจ้าง) (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)</b>					
รอบประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบที่ 1 ประเมินการลง นามในสัญญา	<ร้อยละ 84	ร้อยละ 85-89	ร้อยละ 90-94	ร้อยละ 95-99	ร้อยละ 100
<b>รอบที่ 2 (ประเมินผลลัพธ์มูลค่าการเบิกจ่ายงบประมาณ จัดซื้อจัดจ้าง) (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)</b>					
รอบประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบที่ 2 ประเมินผลการ เบิกจ่าย	<ร้อยละ 84	ร้อยละ 85-89	ร้อยละ 90-94	ร้อยละ 95-99	ร้อยละ 100
วิธีการประเมิน	ประเมินผลการบันทึกในโปรแกรม เว็บไซต์ สปสช.				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ว่าที่ร้อยตรีคณิต พันธุ์มัย งานยุทธศาสตร์ 2. นางสาววาสนา ศรีพิบูล งานยุทธศาสตร์				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลน่าน กลุ่มงานยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองน่าน				



ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence
แผนงานที่ 14	การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ตัวชี้วัดที่ R 62	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด หน่วยงานระดับอำเภอ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>1. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ประโยชน์ในการ พัฒนาผลิตภัณฑ์ และให้บริการด้านสาธารณสุขได้</p> <p>2. การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนา ต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม</p> <p>3. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทาง วิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ผ่านกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการ ทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด ซึ่งมีการใช้ประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว จำแนกเป็น 4 ประเภท ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นการพัฒนาและนำเสนอ ผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมไปถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ให้มีคุณภาพและ ประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เช่น ชุดทดสอบ ชุดเครื่องมือ ผลิตภัณฑ์รักษาโรค ป้องกัน โรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น</li> <li>2) นวัตกรรมบริการ (Service Innovation) เป็นการนำเสนอบริการใหม่ที่เกิดจาก การสร้างชิ้นใหม่ หรือปรับปรุงสิ่งเดิม เช่น Test Service การทดสอบความ ชำนาญ OECD GLP ขอกการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น</li> <li>3) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทาง หรือวิธีการผลิตสินค้า หรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิม ด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้อง อาศัยความรู้ทางเทคโนโลยี กระบวนการ และเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ส่งผลให้ กระบวนการผลิตและการทำงานโดยรวมให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล</li> </ol>

สูงขึ้น เช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนา กระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น

- 4) นวัตกรรมจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้ความรู้ทางด้านการบริหารจัดการมาปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กร สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น Model Development การใช้ระบบ QR Code การพัฒนาระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

**เทคโนโลยีทางสุขภาพ** หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้เป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ)

4. **การผลิต** หมายถึง การนำเอาปัจจัยการผลิตมาผ่านกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งภายใต้เทคโนโลยีระดับหนึ่งผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ หรือประโยชน์ทางเศรษฐกิจ

5. **การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์** หมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้

- 1) การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจชิ้นเนื้อ การใช้อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น
- 2) การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหยเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข  
ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค เป็นต้น
- 3) การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

	<p>6. <b>ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์</b> หมายถึง ระบบบริหารจัดการองค์ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม ภูมิวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ทำหน้าที่ในการจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยี ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล</p>			
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย</b></p>				
<p>ปีงบประมาณ 2567</p>	<p>ปีงบประมาณ 2568</p>	<p>ปีงบประมาณ 2569</p>	<p>ปีงบประมาณ 2570</p>	
<p>ความสำเร็จระดับ 5 (อย่างน้อยอำเภอ ละ 5 เรื่อง)</p>	<p>ความสำเร็จระดับ 5</p>	<p>ความสำเร็จระดับ 5</p>	<p>ความสำเร็จระดับ 5</p>	
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<p>เพื่อให้หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดด้านสุขภาพในหน่วยงาน</p>			
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขใน กลุ่มงาน/งาน/ศูนย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สสข./ศสม./PCC/PCU ในจังหวัดอุบลราชธานี ทั้ง 25 อำเภอ</p>			
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p>1. แฉงนับผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ด้านสุขภาพที่ผลิตโดย</p> <p>1.1 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม เข้ารับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงานในเขตสุขภาพ</p> <p>1.2 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม เข้ารับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข และวารสารวิชาการสาธารณสุขอุบลราชธานี</p> <p>1.3 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมนำเสนองานวิชาการระดับจังหวัด เขต และกระทรวง</p> <p>1.4 ผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ด้านสุขภาพที่ผ่านการอ่านบททวนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และบรรณาธิการวารสารวิชาการต่างๆ ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่</p>			
<p><b>แหล่งข้อมูล</b></p>	<p>1. สรุปผลงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีประจำปี 2567</p> <p>2. สรุปผลการดำเนินงานสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับประจำปี 2567</p>			

ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2567		
การติดตามรายไตรมาส			
รอบ 3 เดือน - มีการวางแผน การจัดทำนวัตกรรม/วิจัย/ R2R ด้านสุขภาพ - ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อน องค์ความรู้ เทคโนโลยีและ นวัตกรรมสุขภาพ - มีการคัดเลือกการนำไปใช้ ประโยชน์ของงานวิจัย (1 เรื่อง ) - มีแผนปฏิบัติการ ประจำปี 2567 - มีแผนงบประมาณ ในการทำนวัตกรรม/วิจัย/ R2R ด้านสุขภาพ	รอบ 6 เดือน - มีการดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติการ โครงการ/กิจกรรม - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - รูปภาพกิจกรรม	รอบ 9 เดือน - มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน - รายงานความก้าวหน้า หน้าการจัดทำ นวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - มีเอกสารติดตามผล การดำเนินงาน - มีสรุปประเมินผล แต่ละกิจกรรม	รอบ 12 เดือน - มีการรายงานผลการนำไปใช้ประโยชน์ของ งานวิจัย ( 1 เรื่อง ) - มีรายงานผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้าน สุขภาพ ประจำปี อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง - มีนักวิจัยหน้าใหม่ของหน่วยบริการ(มี ผลงานวิจัยครั้งแรกใน ปี 2567) - มีการเผยแพร่องค์ความรู้ - มีการประเมินผลและสรุปผลการ ดำเนินงานนวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้าน สุขภาพ - เผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการระดับ จังหวัดขึ้นไป

## เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567

รอบที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567

เกณฑ์ประเมิน	
<b>ความสำเร็จระดับ 1</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- มีการวางแผนนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ</li><li>- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมสุขภาพ</li><li>- มีการคัดเลือกการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (อย่างน้อย 1 เรื่อง)</li><li>- มีแผนปฏิบัติการประจำปี</li><li>- มีแผนงบประมาณในการทำนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ</li></ul>
<b>ความสำเร็จระดับ 2</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม</li></ul>
<b>ความสำเร็จระดับ 3</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้นวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ</li><li>- มีรูปภาพกิจกรรมการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประกอบ</li></ul>
<b>ความสำเร็จระดับ 4</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน</li><li>- มีรายงานความก้าวหน้าการจัดทำนวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ</li><li>- มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน</li><li>- มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม</li></ul>
<b>ความสำเร็จระดับ 5</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- มีการรายงานผลการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (อย่างน้อย 1 เรื่อง)</li><li>- มีรายงานผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านสุขภาพ ประจำปี อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง</li><li>- มีนักวิจัยหน้าใหม่ของหน่วยบริการ (มีผลงานวิจัยครั้งแรกใน ปี 2567)</li><li>- มีการเผยแพร่องค์ความรู้</li><li>- มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการคิดค้นนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ</li><li>- เผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการระดับจังหวัดขึ้นไป อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง</li></ul>

## การประเมินผล

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1
2 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2
3 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3
4 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3+4
5 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3+4+5

<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	1. เว็บไซต์ <a href="http://www.thailand.digitaljournals.org">http://www.thailand.digitaljournals.org</a> ในกรณีที่ผลงานนวัตกรรม /วิจัย/R2R ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุข / เว็บไซต์ กลุ่มงานสนับสนุนบริการสุขภาพ <a href="http://www.ubonhealthnews.com">http://www.ubonhealthnews.com</a> 2. ผลงานที่เป็นต้นฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการพิจารณาว่าเหมาะสมจากบรรณาธิการ ซึ่งพร้อมที่จะเผยแพร่ 3. เอกสารนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) ที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ (Journal) ในระดับชาติหรือนานาชาติ 4. บทความย่อยผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในงาน ประชุมวิชาการระดับจังหวัด / เขต / กระทรวงสาธารณสุขประจำปี					
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data</b>						
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)				
		2562	2563	2564	2565	2566
ผลงานวิจัย/R2R ด้าน สุขภาพได้รับการพัฒนา และนำไปถ่ายทอดเผยแพร่	เรื่อง	234	215	234	183	170
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/  ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	1.นางผกาตาว พรหมสุรีย์ ศูนย์คุณภาพ 2.นางสาวปาณิสรา ยานิพันธ์ งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
<b>หน่วยงานประมวลผลและ  จัดทำข้อมูล</b>	กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลน้ำยืน กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและบริการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำยืน					