



ตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2568 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

Ranking	ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์	ค่าถ่วงน้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบ
ยุทธศาสตร์ที่ 1 PP&P Excellence Strategy				
R 1	ระดับความสำเร็จการป้องกันการตายมารดาไทย	ความสำเร็จระดับ 5	1	ส่งเสริมสุขภาพ
R 2	ระดับความสำเร็จการส่งเสริมเด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย	ความสำเร็จระดับ 5	3	ส่งเสริมสุขภาพ
R 3	ระดับความสำเร็จการส่งเสริม IQ เกิน 103	ความสำเร็จระดับ 5	3	ส่งเสริมสุขภาพ
R 4	ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน	ความสำเร็จระดับ 5	2	ส่งเสริมสุขภาพ
R 5	ระดับความสำเร็จการขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์และคลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น	ความสำเร็จระดับ 5	1	ส่งเสริมสุขภาพ
R 6	ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ความสำเร็จระดับ 5	1	ส่งเสริมสุขภาพ
R 7	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย	ความสำเร็จระดับ 5	2	ทันตสาธารณสุข
R 8	ความสำเร็จการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	ความสำเร็จระดับ 5	1	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
R 9	ร้อยละแกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน	≥ร้อยละ 70	2	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
R 10	ร้อยละหมู่บ้านที่ควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Gen) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 และไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	1	ควบคุมโรคติดต่อ
R 11	ระดับความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคหัด และกวางด้าโรคลโปลิโอตามพันธสัญญานานาชาติ (Measles and Acute Flaccid Paralysis : AFP)	ร้อยละ 100	0.8	ควบคุมโรคติดต่อ
R 12	ร้อยละผู้ติดเชื้อ HIV ที่รู้สถานการณ์ติดเชื้อของตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	ร้อยละ 95	0.8	ควบคุมโรคติดต่อ
R 13	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เกิดก่อน ปี 2535 ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ไวรัสตับอักเสบบี	≥ร้อยละ 90	0.8	ควบคุมโรคติดต่อ
R 14	ระดับสำเร็จของการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD สุขภาพจิตและยาเสพติด
R 15	อำเภอมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบในการบริหารจัดการสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร	ร้อยละ 100	3	อนามัยสิ่งแวดล้อม ฯ



Ranking	ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์	ค่าถ่วง น้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบ
R 16	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านการประเมินรับรองตามมาตรฐานเมืองสุขภาพดี (Healthy City)	อย่างน้อยอำเภอละ 2 แห่ง	2	อนามัยสิ่งแวดล้อม ฯ
R 17	ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ มีการจัดการ มลฝอยติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุขทุกประเภท (อปท. รพ. รพ.สต. รพ.สัตว์ คลินิกคน คลินิกสัตว์) ผ่านระบบบริหารจัดการมลฝอยติดเชื้อ E-manifest	ร้อยละ 100	1	อนามัยสิ่งแวดล้อม ฯ
R 18	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge	-ระดับมาตรฐานขึ้นไป 90% -ระดับทำลาย 25 %	1.5	อนามัยสิ่งแวดล้อม ฯ
R 19	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital Challenge	-ระดับมาตรฐานขึ้นไป 80% -ระดับดีขึ้นไป 35 %	1	อนามัยสิ่งแวดล้อม ฯ
R 20	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด	ผ่านระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป ร้อยละ 35	1	อนามัยสิ่งแวดล้อม ฯ
ยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence Strategy				
R 21	ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ	ความสำเร็จระดับ 5	0.5	NCD
R 22	ความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสถานชีวาภิบาลอย่างมีคุณภาพ	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD
R 23	ระดับความสำเร็จผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel Index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	ความสำเร็จระดับ 5	1	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
R 24	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Health Station คุณภาพ	ความสำเร็จระดับ 5	2	ปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ
R 25	ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ	100%	2	ปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ



Ranking	ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์	ค่าถ่วง น้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบ
R 26	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายของ หน่วยบริการปฐมภูมิตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562	ร้อยละ 100	2	ปฐมภูมิและเครือข่าย สุขภาพ
R 27	ความสำเร็จของการจัดบริการผู้ป่วย Stroke ได้ตามเกณฑ์ มาตรฐานเวลาที่กำหนด	ความสำเร็จระดับ 5	1	พัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
R 28	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัย ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	≥ร้อยละ 90	1	NCD
R 29	ความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้า สู่ระยะสงบ (Diabetes Remission)	ความสำเร็จระดับ 5	2.5	NCD
R 30	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, ระดับความดันโลหิตได้ดี	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD
R 31	ระดับความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคและดูแล ผู้ป่วยวัณโรค	ความสำเร็จระดับ 5	1.8	ควบคุมโรคติดต่อ
R 32	ร้อยละประชาชนมารับบริการระดับปฐมภูมิได้รับการรักษา ด้วยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 45	1	แพทย์แผนไทย
R 33	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร	ร้อยละ 15	5	แพทย์แผนไทย
R 34	ความสำเร็จในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยออร์ติสติก โรคสมาธิสั้น	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD
R 35	ความสำเร็จของเด็กวัยเรียนวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหา พฤติกรรมอารมณ์และทักษะสังคม ได้รับการดูแลช่วยเหลือ จนดีขึ้นด้วยระบบ School Health HERO	ความสำเร็จระดับ 5	0.5	NCD
R 36	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD
R 37	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานติดตามดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษ	ความสำเร็จระดับ 5	0.5	NCD
R 38	ผลสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอ To be Number One ในระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD



Ranking	ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์	ค่าถ่วงน้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบ
R 39	ความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD
R 40	ระดับความสำเร็จการพัฒนา ศบต. และ ศสต. (ศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ และศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	1	พัฒนายุทธศาสตร์
R 41	ระดับความสำเร็จของการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	ความสำเร็จระดับ 5	1	ควบคุมโรคติดต่อ
R 42	ความสำเร็จในการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD
R 43	ระดับความสำเร็จการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย FIT test ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย 50-70 ปี	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD
R 44	ระดับความสำเร็จการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประชากรสตรีอายุ 30-60 ปี	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD
R 45	ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง Stage 5 รายใหม่ ลดลงจากปีที่ผ่านมา (น้อยกว่าร้อยละ 10)	ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 จากปีที่ผ่านมา	1	NCD
R 46	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ 70	3	NCD
R 47	ระดับความสำเร็จของการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ECS	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD
R 48	ระดับความสำเร็จการดูแลติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์	ความสำเร็จระดับ 5	1	พัฒนายุทธศาสตร์
ยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellence Strategy				
R 49	ระดับความสำเร็จในการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (D506) มีความครอบคลุมและทันเวลาในการส่งรายงานของโรงพยาบาลและ รพ.สต. ทุกแห่ง (ร้อยละ 100) (ตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558)	ความสำเร็จระดับ 5	0.8	ควบคุมโรคติดต่อ
R 50	ระดับความสำเร็จการดำเนินการตาม “นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่”	ความสำเร็จระดับ 5	2	สุขภาพดิจิทัล



Ranking	ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์	ค่าถ่วงน้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบ
R 51	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์การประเมินการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	ความสำเร็จระดับ 5	1	สุขภาพดิจิทัล
R 52	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในการดำเนินงาน HAIT Plus	ความสำเร็จระดับ 5	1	สุขภาพดิจิทัล
R 53	ผลการประเมินโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ	ความสำเร็จระดับ 5	2	สุขภาพดิจิทัล
R 54	ระดับความสำเร็จการประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	ความสำเร็จระดับ 5	1	บริหารทั่วไป
R 55	ระดับความสำเร็จการพัฒนาการนำข้อมูลการเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์เข้าระบบ GFMS ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2568	ความสำเร็จระดับ 5	1	บริหารทั่วไป
R 56	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ประจำปีงบประมาณ 2568	ความสำเร็จระดับ 5	1	กฎหมาย
R 57	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ความสำเร็จระดับ 5	1	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
R 58	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีการพัฒนาวิจัยและนวัตกรรม	ความสำเร็จระดับ 5	5	บริหารทรัพยากรบุคคล
R 59	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ ประหยัด สมเหตุสมผลและโปร่งใส เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	1	คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
R 60	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาล ส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล (RDU โรงพยาบาล)	ความสำเร็จระดับ 5	1	คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข



Ranking	ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์	ค่าถ่วง น้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบ
R 61	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการใช้ยา อย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)	ความสำเร็จระดับ 5	1	คຸ້ມຄອງພູບຣີໂກດ และเภสัชสาธารณสุข
R 62	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) ตามที่กำหนด	ความสำเร็จระดับ 5	1	พัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
R 63	ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพบัญชี (AC) เครือข่าย บริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2568	ความสำเร็จระดับ 5	1	บริหารทั่วไป
R 64	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6-7	ความสำเร็จระดับ 5	5	ประกันสุขภาพ
R 65	ระดับความสำเร็จของอำเภอมีการบริหารจัดการด้านแผน อย่างมีประสิทธิภาพ ปีงบประมาณ 2568	ความสำเร็จระดับ 5	1	พัฒนายุทธศาสตร์ ฯ
R 66	ร้อยละการบริหารจัดการงบค่าเสื่อม ประจำปีงบประมาณ 2568	100 %	1	พัฒนายุทธศาสตร์ ฯ
R 67	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการ ทางทันตสาธารณสุข	ความสำเร็จระดับ 5	2	ทันตสาธารณสุข
ยุทธศาสตร์ที่ 5 Health Economic Excellence Strategy				
R 68	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานส่งเสริมเศรษฐกิจฐานราก ให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับอนุญาตใหม่ และการดำเนินงาน ความปลอดภัยด้านอาหาร	ความสำเร็จระดับ 5	1	คຸ້ມຄອງພູບຣີໂກດ และเภสัชสาธารณสุข
R 69	ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตาม กฎหมายกำหนด	อย่างน้อย 1 แห่ง/อำเภอ	1.5	อนามัยสิ่งแวดล้อม



รายละเอียดตัวชี้วัด Ranking

(Template Ranking)

ปีงบประมาณ 2568



Template
PP&P Excellence Strategy

ยุทธศาสตร์ที่ 1 Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy								
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)								
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย								
ตัวชี้วัดที่ (R 1)	ระดับความสำเร็จการป้องกันการตายมารดาไทย								
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน								
คำนิยาม	<p>การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้อง หรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์ และคลอด หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และระหว่างการคลอด</p> <p>หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขนั้น ๆ</p> <p>การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์และคู่ได้รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้งที่มาใช้บริการฝากครรภ์อย่างครบถ้วน เน้นหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 โดยกำหนดกิจกรรมคุณภาพ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การบริการฝากครรภ์คุณภาพมาตรฐานตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ โดยเน้นส่งเสริมสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ต่อเนื่องตามเกณฑ์ฝากครรภ์ 8 ครั้ง 2.หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละช่วงอายุครรภ์อย่างครบถ้วนรายละเอียดตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 3.จัดเครือข่ายบริการฝากครรภ์และมีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงครรภ์ในภาวะดังกล่าว 								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 2568</th> <th>ปีงบประมาณ 2569</th> <th>ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570							
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1.เฝ้าระวังสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ ป้องกันการตายมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ 2.ยกระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาลทุกระดับให้เป็นไปตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัดและเทียบเท่ามาตรฐานระดับสากล 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์, หญิงขณะระอคลอด, ขณะคลอด และหญิงหลังคลอดภายใน 42 วัน								

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. รายงานการตายมารดาเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ระดับจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง</p> <p>2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขหญิงตั้งครรภ์และคู่ที่ได้รับการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้งเมื่อมารับบริการฝากครรภ์อย่างครบถ้วนตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 โดยต้องได้รับ กิจกรรมบริการที่สำคัญอย่างน้อย 1 ครั้ง ตามเงื่อนไขการประเมิน ดังนี้</p>
กิจกรรมบริการที่สำคัญ	วิธีการประเมินผล
<p>1. ฝากครรภ์ก่อนหรือ 12 สัปดาห์</p>	<p>หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เมื่ออายุก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์</p>
<p>2. หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ต่อเนื่องตามเกณฑ์ฝากครรภ์ 8 ครั้ง</p>	<p>หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ฝากครรภ์ 8 ครั้ง ดังนี้</p> <p>การนัดครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ $\leq 12 + 6$ สัปดาห์</p> <p>การนัดครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 13-20 +6 สัปดาห์</p> <p>การนัดครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 21-26 +6 สัปดาห์</p> <p>การนัดครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 27-30 +6 สัปดาห์</p> <p>การนัดครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 31-34 +6 สัปดาห์</p> <p>การนัดครั้งที่ 6 เมื่ออายุครรภ์ 35-36 +6 สัปดาห์</p> <p>การนัดครั้งที่ 7 เมื่ออายุครรภ์ 37-38 +6 สัปดาห์</p> <p>การนัดครั้งที่ 8 เมื่ออายุครรภ์ 39-40 +6 สัปดาห์</p>
<p>3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงครบทุกรายการ ดังนี้</p>	<p>อ้างอิงจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ดังนี้</p>
<p>2.1 CBC for Hct/Hb</p>	<p>แฟ้ม PRENATAL: DATE_HCT หรือ</p> <p>แฟ้ม LABFU: CBC (0620201,0620401) หรือ Hct (0621201) หรือ Hb (0621401, 0621402)</p>
<p>2.2 คัดกรองธาลัสซีเมีย ด้วยวิธี MCV และ/หรือ DCIP หรือ Hb typing</p>	<p>แฟ้ม PRENATAL: THALASSEMIA ที่มีผล 1,2,4</p>
<p>2.3 Anti-HIV</p>	<p>แฟ้ม PRENATAL: HIV_RESULT ที่มีผล 1,2,4, หรือ</p> <p>แฟ้ม LABFU: 0743299</p>
<p>2.4 ไวรัสตับอักเสบบี</p>	<p>แฟ้ม PRENATAL: HB_RESULT ที่มีผล 1,2,4, หรือ</p> <p>แฟ้ม LABFU: 0746299</p>
<p>2.5 คัดกรองโรคซิฟิลิส ด้วยวิธี VDRL หรือ TPHA</p>	<p>แฟ้ม PRENATAL: VDRL_RESULT ที่มีผล 1,2,4, หรือ</p> <p>แฟ้ม LABFU: VDRL (0721297) หรือ RPR (0721298) หรือ TPHA (0721299)</p>

3.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปากและขีดท่าความสะอาดฟัน	เพิ่ม PROCEDURE_OPD: สุขภาพช่องปาก 2330011 หรือ 2330013 กรณีขีดท่าความสะอาดฟัน 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 ด้วยวิธีการตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic Villus Sampling: CVS) หรือการเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ การเจาะเลือดสายสะดือทารกในครรภ์ (Cordocentesis)	เพิ่ม DIAGNOSIS_OPD : Z36.0 หรือ 36.2
6.การตรวจโลหิตเพื่อค้นหาเบาหวานด้วยวิธี 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)
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ ฐานข้อมูล 43 เพิ่ม
รายการข้อมูล 1	<p>A1: จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้น อุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด</p> <p>A2: จำนวนหญิงคลอดตาม B2 ที่ฝากครรภ์และ/หรือได้รับกิจกรรมครบตามสิทธิประโยชน์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกในฐานข้อมูล 43 เพิ่ม)</p> <p>A3: จำนวนหญิงคลอดตาม B3 ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกในฐานข้อมูล 43 เพิ่ม: เพิ่ม ANC)</p> <p>A4: จำนวนหญิงคลอดตาม B4 ที่ฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกในฐานข้อมูล 43 เพิ่ม: เพิ่ม ANC)</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B1: จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน</p> <p>B2: จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบ สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอดทั้งหมด LABOR (BTYPE ไม่เท่ากับ 6) (ฐานข้อมูล 43 เพิ่ม)</p> <p>**หญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบ หมายถึง หญิงไทยคลอดในเขตรับผิดชอบ และหญิงไทยคลอดที่มารับบริการ ประกอบด้วย</p>

	หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการคลอด B3: จำนวนหญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบทั้งหมดในเวลาเดียวกัน (ฐานข้อมูลจากแฟ้ม Labor)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> - การตายมารดาไทย (A1/B2) X 100,000 - การบริการฝากครรภ์คุณภาพ (A2/B2) X 100 - การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ (A3/B3) X 100 - การฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์ (A4/B2) X 100 				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 3 เดือน				
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :					
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568					
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568					
เกณฑ์	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
การตายมารดาไทย (0.2 คะแนน)	>16ต่อแสนการ เกิดมีชีพแสนคน	-	-	-	<16ต่อแสนการ เกิดมีชีพแสนคน
บริการฝากครรภ์ คุณภาพ (0.4 คะแนน)	<45 %	ระหว่าง 45-49%	ระหว่าง 50-54%	ระหว่าง 55-59%	≥60 %
ANC ก่อน 12 wks. (0.2 คะแนน)	น้อยกว่า 60%	ระหว่าง 60-64 %	ระหว่าง 65-69%	ระหว่าง 70-74%	≥75 %
การฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์ (0.2 คะแนน)	น้อยกว่า 35%	ระหว่าง 35-39 %	ระหว่าง 40-44%	ระหว่าง 45-49%	≥50 %
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน กับค่าเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1.สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดฝากครรภ์เล่มสีชมพู) 2.คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข 3.มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานบริการและเครือข่ายระดับจังหวัด 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2565	2566	2567	
อัตราส่วนมารดาตาย	ต่อการเกิด มีชีพแสนคน	7.77	23.53	8.76	
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ	ร้อยละ	0.13	0.66	2.42	

ANC ก่อน 12 wks.	ร้อยละ	85.31	78.68	78.16
ฝากครรภ์คุณภาพ 8 ครั้ง	ร้อยละ	7.63	18.79	26.97
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 2.ดร.รุ่งรัตน์ พลไชย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 E-mail : chinoros131149@gmail.com ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 088-595-1755 E-mail : rung.palakai@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางสาววรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 2.นายศิริวิชญ์ สุภาวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-419-2898 E-mail : keng295@hotmail.com ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ: 094-474-1117 E-mail: bbiqqzaza0874572109@gmail.com		

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ (R 2)	ระดับความสำเร็จการส่งเสริมเด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย
ค่าถ่วงน้ำหนัก	3 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>คำนิยามเพิ่มเติม</p> <p>การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p> <p>พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) ร่วมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262: เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ ความผิดปกติอย่างชัดเจน)</p> <p>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2</p> <p>เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการส่งต่อและกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TDA4I/เครื่องมือมาตรฐาน หมายถึง เด็กที่ได้รับการคัดกรองและพบพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention : TEDA4I) หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ๆ เช่น คู่มือคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี สำหรับบุคลากร</p>

	<p>สาธารณสุขสุข คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด -5 ปี โปรแกรม การฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย) เป็นต้น จนมีพัฒนาการสมวัย</p> <p>เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการคัดกรองและพบพัฒนาการล่าช้า ได้รับการส่งต่อกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ๆ และยังพบพัฒนาการล่าช้า (1B271, 1B272, 1B273, 1B274, 1B275)</p>						
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <table border="1" data-bbox="231 616 1380 728"> <thead> <tr> <th data-bbox="231 616 630 672">ปีงบประมาณ 2568</th> <th data-bbox="630 616 1061 672">ปีงบประมาณ 2569</th> <th data-bbox="1061 616 1380 672">ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="231 672 630 728">ความสำเร็จระดับ 5</td> <td data-bbox="630 672 1061 728">ความสำเร็จระดับ 5</td> <td data-bbox="1061 672 1380 728">ความสำเร็จระดับ 5</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570					
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5					
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ 						
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มี ชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p>						
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ในระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่ ศูนย์อนามัยและสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลสรุปรายงาน และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 						
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม</p>						
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)</p> <p>A1 = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการผ่านไม่ครบ 5 ด้าน (1B261)</p>						

	<p>a = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ และผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก และเด็กพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำ แล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)</p> <p>A2 = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่คัดกรองครั้งแรกพบพัฒนาการล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262) และเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกลับมาตรวจคัดกรองพัฒนาการซ้ำ ภายใน 30 วัน ยังพบพัฒนาการล่าช้า (1B202, 1B212, 1B232, 1B242, 1B222)</p> <p>A3 = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน พัฒนาการล่าช้า ได้รับการส่งต่อเพื่อกระตุ้นด้วยเครื่องมือ TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ</p> <p>A4 = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือ TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ ครบตามเกณฑ์</p> <p>A5 = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือ TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ จนมีพัฒนาการสมวัย</p> <p>A6 = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อกระตุ้นด้วยเครื่องมือ TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ ยังพบพัฒนาการล่าช้า</p>				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> การคัดกรองพัฒนาการ = $(A/B) \times 100$ พัฒนาการสงสัยล่าช้า = $(A1/A) \times 100$ เด็กพัฒนาการสมวัย = $((a_9+a_{18}+a_{30}+a_{42}+a_{60}) \times 100)/B$ เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการส่งต่อกระตุ้นด้วย TEDA4I = $(A3/A2) \times 100$ เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I จนมีพัฒนาการสมวัย = $(A5/A4) \times 100$ เด็กพัฒนาการล่าช้า = $(A6/A1) \times 100$ 				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 3 เดือน (รายไตรมาส)				
<p>เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :</p> <p><u>รอบที่ 1</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568</p> <p><u>รอบที่ 2</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568</p>					
เกณฑ์ประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
(1) การคัดกรองพัฒนาการ	< ร้อยละ 84	ร้อยละ 84-85	ร้อยละ 86-87	ร้อยละ 88-89	≥ ร้อยละ 90

เกณฑ์ประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
(2)พัฒนาการสงสัยล่าช้า	< ร้อยละ 14	ร้อยละ 14-15	ร้อยละ 16-17	ร้อยละ 18-19	≥ ร้อยละ 20
(3)เด็กพัฒนาการสมวัย	< ร้อยละ 81	ร้อยละ 81-82	ร้อยละ 83-84	ร้อยละ 85-86	≥ ร้อยละ 87
(4)เด็กพัฒนาการล่าช้า ได้รับการส่งต่อกระตุ้น ด้วย TEDA4I	> ร้อยละ 26	ร้อยละ 25-26	ร้อยละ 23-24	ร้อยละ 21-22	≤ ร้อยละ 20
(5)เด็กพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I จนมีพัฒนาการ สมวัย	< ร้อยละ 64	ร้อยละ 64-65	ร้อยละ 66-67	ร้อยละ 68-69	≥ ร้อยละ 70
(6)เด็กพัฒนาการล่าช้า	< ร้อยละ 34	ร้อยละ 34-35	ร้อยละ 36-37	ร้อยละ 38-39	≥ ร้อยละ 40
ประเมินทุกข้อจำนวน 6 ข้อ (นำคะแนนมารวมกัน) (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) ปรับคะแนน เป็น 5 คะแนน เทียบบัญญัติไตรยางค์					

วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน กับค่าเป้าหมาย
เอกสารสนับสนุน :	1.สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดฝากครรภ์เล่มสีเขียว) 2.คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข 3.มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานบริการและเครือข่ายระดับจังหวัด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
การคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ	88.31	87.98	86.45
พัฒนาการสงสัยล่าช้า	ร้อยละ	24.96	22.70	20.42
เด็กพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	86.52	85.79	84.46
เด็กพัฒนาการล่าช้า	ร้อยละ	13.58	14.21	15.54
เด็กพัฒนาการล่าได้รับการส่งต่อกระตุ้นด้วย TEDA4I	ร้อยละ	86.92	78.75	67.30
เด็กพัฒนาการล่าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I จนมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	34.43	51.11	31.67

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 2.ดร.รุ่งรัตน์ พลະไกร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 E-mail : chinoros131149@gmail.com ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 088-595-1755
--	--	---

	<p>เด็กไทยอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเจาะเลือดตรวจ Hct/ CBC หมายถึง ข้อมูล ที่เชื่อมโยงระหว่างแฟ้ม LABFU และแฟ้ม PERSON โดยเป็นการตรวจหาค่าฮีมาโตคริต ในเลือด (Hematocrit, whole blood) หรือการตรวจความสมบูรณ์ของเลือด โดยการนับแยกด้วยเครื่องอัตโนมัติในเลือด (Complete blood count with automated differential, whole blood) ในเด็กไทยอายุ 6-12 เดือน</p> <p>เด็กกลุ่มเป้าหมายประเมิน IQ ปี 2569 หมายถึง เด็กที่เกิดในห้วงเดือน พฤษภาคม 2561 – พฤษภาคม 2562 ได้รับการเสริมศักยภาพ เพื่อส่งเสริมระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมเด็กปฐมวัยเป้าหมายให้มีระดับสติปัญญาเกิน 103		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็ก 0-5 ปี และเด็กที่เกิดในห้วงเดือน พ.ค. 2561 – พ.ค. 2562		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1.หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม</p> <p>2.จัดเก็บข้อมูลโดยทีมประเมินระดับสติปัญญาในระดับจังหวัด</p>		
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม		
รายการข้อมูล 1	<p>A1 = จำนวนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม</p> <p>A2 = จำนวนทารกแรกเกิดได้รับการตรวจคัดกรองโรคที่หายาก (IEM 40 โรค)</p> <p>A3 = จำนวนทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด ด้วยเครื่อง OAE</p> <p>A4 = จำนวนเด็กอายุ 6-12 เดือนที่ได้รับการเจาะ Hct/ CBC</p>		
รายการข้อมูล 2	<p>B1 = จำนวนเด็กทารกแรกเกิดมีชีพ</p> <p>B2 = จำนวนเด็กอายุ 6-12 เดือนทั้งหมด</p>		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1.ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม = $(A2/B) \times 100$</p> <p>2.ร้อยละการตรวจคัดกรองโรคที่หายาก (IEM 40 โรค) = $(A3/B) \times 100$</p> <p>3.ร้อยละการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด ด้วยเครื่อง OAE = $(A4/B) \times 100$</p> <p>4.ร้อยละเด็กอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก = $(A4/B2) \times 100$</p>		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 3 เดือน		
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :			
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568			

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

เกณฑ์ประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
(1) ร้อยละทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	< ร้อยละ 16	ร้อยละ 14-16	ร้อยละ 11-13	ร้อยละ 8-10	< ร้อยละ 7
(2) ร้อยละการตรวจคัดกรองโรคที่หายาก (IEM 40 โรค)	< ร้อยละ 80	ร้อยละ 80-84	ร้อยละ 85-89	ร้อยละ 90-94	≥ ร้อยละ 95
(3) ร้อยละการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด ด้วยเครื่อง OAE	< ร้อยละ 80	ร้อยละ 80-84	ร้อยละ 85-89	ร้อยละ 90-94	≥ ร้อยละ 95
(4) เด็กอายุ 6-12 เดือน ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยการตรวจ Hct หรือ CBC	< ร้อยละ 80	ร้อยละ 80-84	ร้อยละ 85-89	ร้อยละ 90-94	≥ ร้อยละ 95
(5) ธนาคารนมแม่	ไม่มี	-	-	-	มี
(6) ร้อยละเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	< ร้อยละ 62	ร้อยละ 62-63	ร้อยละ 64-65	ร้อยละ 66-67	≥ ร้อยละ 68
ประเมินทั้ง 6 ข้อ (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) เทียบบัญญัติไตรยางศ์ ปรับเป็น 5 คะแนน					

วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน กับค่าเป้าหมาย
เอกสารสนับสนุน :	- สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดฝากครรภ์เล่มสีชมพู) - มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานบริการและเครือข่ายระดับจังหวัด


รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	ร้อยละ	7.23	7.43	7.64
การตรวจคัดกรองโรคที่หายาก (IEM 40 โรค)	ร้อยละ	N/A	100	100
การคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด ด้วยเครื่อง OAE	ร้อยละ	58.62	70.02	73.12
เด็กอายุ 6-12 เดือน ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กโดยการตรวจ Hct หรือ CBC	ร้อยละ	N/A	65.79	77.91
ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	64.37	65.62	68.60
ระดับสติปัญญา	จุด	N/A	N/A	97.9

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail: chinoros131149@gmail.com
--	--

	2.ดร.รุ่งรัตน์ พละไกร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 088-595-1755 E-mail : rung.palakai@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>1.นางมณีญาภา ถาคักดี ตำแหน่ง นักสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ: 094-676-8789 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail: manayapa.tha@gmail.com</p> <p>2.นางสาววริษฐา หลักเขต ตำแหน่ง นักสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ: 099-072-6542 โทรสารที่ทำงาน: 045-241-918 E-mail: pigletp81@gmail.com</p> <p>3.นางสาววรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 085-419-2898 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail: keng295@hotmail.com</p> <p>4.นางจिरันท์ เวียงนนท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 085-656-1588 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail: oppjira@gmail.com</p>	

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ (R 4)	ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	<p>เด็กอายุ 6-14 ปี หมายถึง นักเรียนชั้น ป.1-ม.3 ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา หรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และโรงเรียนมัธยมศึกษา</p> <p>การส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน หมายถึง การพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และยกระดับการดูแลสุขภาพเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กในวัยเรียน ป. 1 - ม. 3</p> <p>กราฟการเจริญเติบโต หมายถึง กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปีปฏิบูรณ์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2564 (จัดทำจากการ</p>

	<p>จัดทำเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 5-19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2563) โดยเริ่มใช้ในการประมวลผลในฐานข้อมูล HDC ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 เป็นต้นไป</p> <p>สูงดีสมส่วน หมายถึง ส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)</p> <p>โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล หมายถึง โรงเรียนที่มีการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ยกระดับการดูแลสุขภาพเด็กที่มีปัญหา 4 กลุ่มโรค ประกอบด้วย เด็กกลุ่มเสี่ยงสติปัญญาบกพร่อง (Intellectual Disabilities), เด็กที่มีภาวะการเรียนรู้บกพร่อง (Learning Disability: LD), เด็กกลุ่มสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) และ เด็กที่มีอาการออทิสซึม (Autistic spectrum disorder) และยกระดับการดูแลสุขภาพเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเทียบเคียงมาตรฐานระดับสากล ควบคู่ไปกับการศึกษา ภายใต้การมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p>						
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>							
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="231 1003 625 1057">ปีงบประมาณ 2568</th> <th data-bbox="625 1003 1061 1057">ปีงบประมาณ 2569</th> <th data-bbox="1061 1003 1380 1057">ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="231 1057 625 1115">ความสำเร็จระดับ 5</td> <td data-bbox="625 1057 1061 1115">ความสำเร็จระดับ 5</td> <td data-bbox="1061 1057 1380 1115">ความสำเร็จระดับ 5</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570					
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5					
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ul style="list-style-type: none"> -เพื่อส่งเสริมและเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของนักเรียนชั้น ป.1 - ม.3 -เพื่อเสริมสร้างภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน 						
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>นักเรียนชั้น ป.1 - ม.3</p>						
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<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, HOSxPPCU เป็นต้น เพื่อส่งออกแฟ้มข้อมูล Nutrition ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม</p> <p>หมายเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> -1 คน หากมีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงเกิน 1 ครั้งต่อเทอม จะยึดค่าน้ำหนักและส่วนสูงครั้งสุดท้ายของเทอม -1 คน หากมีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ทั้ง 2 เทอมจะนับให้เทอมละ 1 ครั้ง 						
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>1) ระบบรายงาน HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2) ข้อมูลในแฟ้มงานโภชนาการ (แฟ้มข้อมูล Nutrition) (ไม่รวมเด็กป่วยที่มารับบริการ)</p>						

	3) สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน
รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะสูงตีสมส่วน A2 = จำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนชั้น ป.1-ม.3 ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง B2 = จำนวนโรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และโรงเรียนมัธยมศึกษา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1) ร้อยละนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะสูงตีสมส่วน = $(A1/B1) \times 100$ 2) จำนวนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล
ระยะเวลาประเมินผล	วิเคราะห์และสรุปผลปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

(ภาคเรียนที่ 2 ตามภาคเรียนกระทรวงศึกษาธิการ ภายในวันที่ 16 ก.พ.)

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

(ภาคเรียนที่ 1 ตามภาคเรียนกระทรวงศึกษาธิการ ภายในวันที่ 15 ส.ค.)

คะแนน Ranking	นักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะสูงตีสมส่วน (0.5 คะแนน)	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล (1.5 คะแนน)
1 คะแนน	≤ ร้อยละ 45	1 โรงเรียน
2 คะแนน	ร้อยละ 46 - 50	2 โรงเรียน
3 คะแนน	ร้อยละ 51 - 55	3 โรงเรียน
4 คะแนน	ร้อยละ 56 - 60	4 โรงเรียน
5 คะแนน	≥ ร้อยละ 61	5 โรงเรียน

วิธีการประเมินผล :

เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน กับค่าเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน :

- 1.ชุดความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม (NuPETHS) สื่อ NuPETHS animation
- 2.คู่มือการเสริมสร้างเด็กวัยเรียนสูงตีสมส่วนตามแนวคิด Active Learning
- 3.คู่มือการใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี ปี 2564
- 4.แผ่นพับการประเมินการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี ปี 2564
- 5.แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน
- 6.คู่มือแนวทางการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล
- 7.แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบบูรณาการความร่วมมือ ครู หมอ พ่อแม่

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
นักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะสูงตีสมส่วน	ร้อยละ	59.81	59.97	61.62
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล	แห่ง	N/A	N/A	33
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 2. ดร. รุ่งรัตน์ พลไชย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 E-mail : chinoros131149@gmail.com ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 088-595-1755 E-mail : rung.palakai@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางมณีญาภา ถาศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 2. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพช่องปากวัยเรียน 3. ผู้รับผิดชอบงาน อย. น้อย 4. ผู้รับผิดชอบงานวัคซีนในนักเรียน 5. ผู้รับผิดชอบงานสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน	ตำแหน่ง นักสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 094-676-8789 E-mail : manayapa.tha@gmail.com กลุ่มงานทันตสาธารณสุข กลุ่มงาน คบส. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม		

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ (R 5)	ระดับความสำเร็จการขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ และคลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	อำเภออนามัยเจริญพันธุ์ หมายถึง อำเภออนามัยเจริญพันธุ์ที่มีผลการดำเนินงาน และประเมินตนเองทั้ง 6 องค์ประกอบตามมาตรฐาน ได้แก่

	<p><u>องค์ประกอบที่ 1</u> ระดับอำเภอ,</p> <p><u>องค์ประกอบที่ 2</u> องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น,</p> <p><u>องค์ประกอบที่ 3</u> สถานศึกษา,</p> <p><u>องค์ประกอบที่ 4</u> สถานบริการสาธารณสุข,</p> <p><u>องค์ประกอบที่ 5</u> ครอบครัวและชุมชน</p> <p><u>องค์ประกอบที่ 6</u> ผลลัพธ์</p> <p>คลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น หมายถึง คลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นที่มีผลการดำเนินงานและประเมินตนเองทั้ง 5 องค์ประกอบตามมาตรฐาน ได้แก่</p> <p><u>องค์ประกอบที่ 1</u> นโยบายและการบริหารจัดการ</p> <p><u>องค์ประกอบที่ 2</u> ระบบบริการ,</p> <p><u>องค์ประกอบที่ 3</u> ชุมชนและภาคีเครือข่าย</p> <p><u>องค์ประกอบที่ 4</u> ระบบข้อมูลสารสนเทศ</p> <p><u>องค์ประกอบที่ 5</u> ผลลัพธ์</p> <p>การประเมินมาตรฐานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ และคลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น หมายถึง การดำเนินงานและเข้าสู่กระบวนการประเมิน 4 ขั้นตอนประกอบด้วย</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 1</u> ประเมินตนเองของสถานบริการ หรือหน่วยงานผ่านระบบเว็บไซต์</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 2</u> การตรวจสอบและประเมินรับรองในระดับจังหวัด</p> <p>โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 3</u> การสุ่มประเมินและรับรองในระดับเขต โดยศูนย์อนามัย</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 4</u> การประเมินรับรองในระดับประเทศ โดยกรมอนามัย</p>						
เกณฑ์เป้าหมาย							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="496 1444 616 1503">ปีงบประมาณ 2568</th> <th data-bbox="616 1444 1050 1503">ปีงบประมาณ 2569</th> <th data-bbox="1050 1444 1477 1503">ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="496 1503 616 1563">ความสำเร็จระดับ 5</td> <td data-bbox="616 1503 1050 1563">ความสำเร็จระดับ 5</td> <td data-bbox="1050 1503 1477 1563">ความสำเร็จระดับ 5</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570					
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5					
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลทุกแห่ง (คลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น) 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ (อำเภออนามัยเจริญพันธุ์) 						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลจากระบบ Amphoe online 2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ YFSH Application 						
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎรกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย 2. ฐานข้อมูล Amphoe online และ YFSH Application สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์ 3. ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี 						

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ส่งผลการประเมินตนเอง Amphoe online และ YFSH Application จากโปรแกรม สำนักอนามัยเจริญพันธุ์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละอำเภอที่ส่งผลการประเมินตนเองจากโปรแกรม Amphoe online และ YFSH Application = $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ Amphoe online องค์กรประกอบที่ 1,2 มีผลการประเมินตนเอง YFSH App องค์กรประกอบที่ 1,2
2 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ Amphoe online องค์กรประกอบที่ 1, 2, 3 มีผลการประเมินตนเอง YFSH App องค์กรประกอบที่ 1, 2, 3
3 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ Amphoe online องค์กรประกอบที่ 1, 2, 3, 4 มีผลการประเมินตนเอง YFSH App องค์กรประกอบที่ 1, 2, 3, 4
4 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ Amphoe online องค์กรประกอบที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6 มีผลการประเมินตนเอง YFSH App องค์กรประกอบที่ 1, 2, 3, 4, 5
5 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ทุกองค์ประกอบ Amphoe online และ YFSH App

วิธีการประเมินผล :	1.ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานของ Amphoe online และ YFSH Application 2.เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล Amphoe online และ YFSH Application จังหวัดอุบลราชธานีกับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดสำนักอนามัยเจริญพันธุ์
--------------------	---

เอกสารสนับสนุน :	1) พระราชบัญญัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 2) คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) และส่งเสริมเครือข่ายการดำเนินงานระดับพื้นที่ด้วยการส่งเสริมกลไกอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์
------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
1.อำเภออนามัยเจริญพันธุ์ (Amphoe online)	ร้อยละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินต่ออำเภอทั้งหมด	N/A	N/A	2

2.คลินิกเป็นมิตรกับวัยรุ่น (YFSH Application)	ร้อยละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินต่ออำเภอทั้งหมด	N/A	N/A	2
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 2.ดร.รุ่งรัตน์ พลไชย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 E-mail : chinoros131149@gmail.com ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 088-595-1755 E-mail : rung.palakai@gmail.com		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางสาวนิรมล กมุขชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 2.นางมณีญาภา ถาศักดิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918	ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 095-616-8160 E-mail : nirumon7@gmail.com ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 094-6768789 E-mail: manayapa.tha@gmail.com		

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ (R 6)	ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หมายถึง การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบ

	<p>กิจกรรมประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้</p> <p>ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป</p> <p>ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน</p> <p>ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิจารณาหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน</p> <p>ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม)</p> <p>กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญในผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p>						
เกณฑ์เป้าหมาย							
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 2568</th> <th style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 2569</th> <th style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570					
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5					
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1) เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตประจำวันตามศักยภาพได้อย่างมีคุณภาพ 2) เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่จากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น 3) เพื่อประเมินผลกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และชะลอความเสี่ยงผู้สูงอายุ 						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. พื้นที่ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) 2. พื้นที่บันทึกข้อมูลและรายงานผลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข/แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application) 3. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล 						
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข 2. แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application) 3. Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.go.th/agingthai/) 						

รายการข้อมูล 1	<p>A1 = จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>A2 = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด <u>ภาวะสมองเสื่อม</u> ที่ตรวจในคลินิก และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>A3 = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด <u>ภาวะเสี่ยงหกล้ม</u> ที่ตรวจในคลินิก และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B1 = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ADL</p> <p>B2 = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองในคลินิกและมีความเสี่ยงต่อการเกิด <u>ภาวะสมองเสื่อม</u></p> <p>B3 = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองในคลินิกและมีความเสี่ยงต่อการเกิด <u>ภาวะเสี่ยงหกล้ม</u></p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. ร้อยละผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง = $(A1/B1) \times 100$</p> <p>2. ร้อยละผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม = $(A2/B2) \times 100$</p> <p>3. ร้อยละผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเสี่ยงหกล้ม = $(A3/B3) \times 100$</p>
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 3 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม	ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเสี่ยงหกล้ม
1 คะแนน	≤ ร้อยละ 90	≤ ร้อยละ 44	≤ ร้อยละ 54
2 คะแนน	ร้อยละ 91-92	ร้อยละ 45-49	ร้อยละ 55-59
3 คะแนน	ร้อยละ 93-94	ร้อยละ 50-54	ร้อยละ 60-64
4 คะแนน	ร้อยละ 95 - 96	ร้อยละ 55 - 59	ร้อยละ 65 - 69
5 คะแนน	≥ ร้อยละ 97.0	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70

วิธีการประเมินผล : เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน กับค่าเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน : คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	ร้อยละ	92.68	92.57	93.95
ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม	ร้อยละ	0.78	2.30	1.33
ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเสี่ยงหกล้ม	ร้อยละ	4.54	3.75	3.25

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1.นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918</p> <p>2.ดร.รุ่งรัตน์ พลະไกร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 E-mail : chinoros131149@gmail.com</p> <p>ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 088-595-1755 E-mail : rung.palakai@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล</p>	<p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>	
<p>ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>1.นางสาวนิฤมล กมฺุทชาติ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918</p> <p>2.นายสิทธิศักดิ์ เผ่าพันธ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918</p>	<p>ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 095-616-8160 E-mail : nirumon7@gmail.com</p> <p>ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 085-146-1978 E-mail: g6.com.sittisak@gmail.com</p>

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ (R 7)	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพใน 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยผู้สูงอายุ ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้</p> <p>1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์</p> <p>1.1.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) โดยทันตบุคลากร (ร้อยละ 70)</p> <p>1.2 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน) โดยทันตบุคลากร (ร้อยละ 55)</p>

2. กลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี)

- 2.1 เด็กอายุ 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ร้อยละ 75)
- 2.2 เด็กอายุ 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นับรวมฝึกผู้ปกครอง ทำความสะอาดช่องปาก (ร้อยละ 75)
- 2.3 เด็กอายุ 0-2 ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์ เฉพาะที่ (คน) (ร้อยละ 50)
- 2.4 เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ร้อยละ 75)
- 2.5 เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการ เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ร้อยละ 75)
- 2.6 มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบด้านทันตสุขภาพ (จำนวน 1 แห่ง / หน่วยบริการ)

3. กลุ่มเด็กวัยเรียน (6 - 12 ปี)

- 3.1 เด็กอายุ 6 ปีทุกคนได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ซี่ที่ 6 (คน) (ร้อยละ 30)
- 3.2 เด็กอายุ 6-12 ปี ทุกคนได้รับบริการทันตกรรม (คน) (ร้อยละ 60)
- 3.3 เด็กอายุ 12 ปี ได้รับการตรวจฟัน (คน) (ร้อยละ 50)
- 3.4 กิจกรรมโรงเรียนต้นแบบผู้พิทักษ์ฟันดี (จำนวน 3 รร. / อำเภอ)

4. กลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี)

- 4.1 ผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับบริการทันตกรรม (คน) (ร้อยละ 33)
- 4.2 กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ ได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปาก PMDs (คน) (ร้อยละ 50)
- 4.3 ผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) (ร้อยละ 50)

5. กลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)

- 5.1 ผู้สูงอายุ ทุกคน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 80)
- 5.2 ผู้สูงอายุ ทุกคน ได้รับการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม (ร้อยละ 75)
- 5.3 ผู้สูงอายุ ทุกคน ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ และคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก (ร้อยละ 50)
- 5.4 ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง ทุกคน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนร่วมกับ CG (ร้อยละ 80)
- 5.5 ชมรมผู้สูงอายุต้นแบบด้านทันตสุขภาพ (จำนวน 1 แห่ง / อำเภอ)
- 5.6 ผู้สูงอายุ 78-80, 90 ปี ฟันดี ตามเกณฑ์ (จำนวน 1 คน / อำเภอ / ประเภท)

	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพใน 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยผู้สูงอายุ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการ (รพศ. / รพท. / รพช. / รพ.สต.)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HIS และ JHCIS แบบฟอร์มรายงานที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 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	A1 = จำนวนผลงานรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ B1 = จำนวนเป้าหมายรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์		
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	$(A/B) \times 100$ นำผลงานทั้ง 5 กลุ่มวัยมารวมกันเป็นคะแนน Ranking		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

	ตัวชี้วัดย่อย
กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (0.5 คะแนน)	
	1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) โดยทันตบุคลากร (ร้อยละ 70)
	2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน) โดยทันตบุคลากร (ร้อยละ 55)
กลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) (1 คะแนน)	

	1.เด็กอายุ 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ร้อยละ 35)
	2.เด็กอายุ 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นับรวมฝึกผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปาก (ร้อยละ 35)
	3.เด็กอายุ 0-2 ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์ เฉพาะที่ (คน) (ร้อยละ 25)
	4.เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ร้อยละ 35)
	5.เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการ เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ร้อยละ 35)
กลุ่มเด็กวัยเรียน (6 - 12 ปี) (1 คะแนน)	
	1.เด็กอายุ 6 ปีทุกคนได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ซี่ที่ 6 (คน) (ร้อยละ 10)
	2.เด็กอายุ 6-12 ปี ทุกคนได้รับการทันตกรรม (คน) (ร้อยละ 20)
	3.เด็กอายุ 12 ปี ได้รับการตรวจฟัน (คน) (ร้อยละ 25)
กลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี) (1 คะแนน)	
	1.กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ ได้รับการคัดกรองรอยโรคเสียงมะเร็งในช่องปาก PMDs (คน) (ร้อยละ 25)
	2.ผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) (ร้อยละ 25)
กลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) (1 คะแนน)	
	1.ผู้สูงอายุ ทุกคน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 40)
	2.ผู้สูงอายุ ทุกคน ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ และคัดกรองรอยโรคเสียงมะเร็งช่องปาก (ร้อยละ 20)
	3.ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง ทุกคน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนร่วมกับ CG (ร้อยละ 40)
	4.ชมรมผู้สูงอายุต้นแบบด้านทันตสุขภาพ (จำนวน 1 แห่ง / อำเภอ)
	5.ผู้สูงอายุ 78-80, 90 ปี พันดี ตามเกณฑ์ (จำนวน 1 คน / อำเภอ / ประเภท)
ประเมินทั้ง 5 กลุ่มวัย (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568	
	ตัวชี้วัดย่อย
กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (0.5 คะแนน)	
	1.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) โดยทันตบุคลากร (ร้อยละ 70)
	2.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน) โดยทันตบุคลากร (ร้อยละ 55)
กลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) (1 คะแนน)	
	1.เด็กอายุ 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ร้อยละ 75)
	2.เด็กอายุ 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นับรวมฝึกผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปาก (ร้อยละ 75)
	3.เด็กอายุ 0-2 ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์ เฉพาะที่ (คน) (ร้อยละ 50)
	4.เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ร้อยละ 75)
	5.เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการ เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ร้อยละ 75)
	6.มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบด้านทันตสุขภาพ (จำนวน 1 แห่ง / หน่วยบริการ)
กลุ่มเด็กวัยเรียน (6 - 12 ปี) (1 คะแนน)	
	1.เด็กอายุ 6 ปีทุกคนได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ซี่ที่ 6 (คน) (ร้อยละ 30)
	2.เด็กอายุ 6-12 ปี ทุกคนได้รับการทันตกรรม (คน) (ร้อยละ 60)
	3.เด็กอายุ 12 ปี ได้รับการตรวจฟัน (คน) (ร้อยละ 50)

	4.กิจกรรมโรงเรียนต้นแบบผู้พิทักษ์ฟันดี (จำนวน 3 รร. / อำเภอ)
กลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี) (1 คะแนน)	
	1.กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ ได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปาก PMDs (คน) (ร้อยละ 50)
	2.ผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก (คน) (ร้อยละ 50)
กลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) (1.5 คะแนน)	
	1.ผู้สูงอายุ ทุกคน ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 80)
	2.ผู้สูงอายุ ทุกคน ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ และคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก (ร้อยละ 50)
	3.ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง ทุกคน ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปากและวางแผนร่วมกับ CG (ร้อยละ 80)
ประเมินทั้ง 5 กลุ่มวัย (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก และ ขัดทำความสะอาดฟัน (คน) โดยทันตบุคลากร	ร้อยละ	36.08	39.16	
2. เด็กอายุ 0 - 2 ปี ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	59.15	63.98	
3. เด็กอายุ 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟัน แบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลง มือปฏิบัติ และ plaque control นับรวมฝึก ผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปาก	ร้อยละ	61.22	70.27	
4. เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)	ร้อยละ	62.83	72.07	
5. เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์ เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)	ร้อยละ	62.99	75.36	
6. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบด้านทันตสุขภาพ	จำนวน	N/A	N/A	
7. เด็ก 6 - 12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกราม แท้ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความ ครอบคลุม)	ร้อยละ	12.82	21.45	
8. เด็ก 6 - 12 ปี ได้รับการทันตกรรม (คน) (ใช้ แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	60.00	67.85	
9. โรงเรียนต้นแบบด้านทันตสุขภาพ	จำนวน	25	25	
10. ผู้มีอายุ 15 - 59 ปี ได้รับการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	32.93	24.51	

11. หน่วยบริการต้นแบบด้านทันตสุขภาพกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ	จำนวน	N/A	N/A	
12. กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ ได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปาก PMDs (คน)	ร้อยละ	N/A	24.27	
13. กลุ่มผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปาก PMDs (คน)	ร้อยละ	N/A	27.74	
14. ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนร่วมกับ CG	ร้อยละ	64.26	66.21	
15. จำนวนผู้สูงอายุและก่อนวัยสูงอายุ ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก	ร้อยละ	N/A	106.01	
16. ชมรมผู้สูงอายุต้นแบบด้านทันตสุขภาพ	จำนวน	96	100	
17. ผู้สูงอายุ 78-89, 90 ปี ฟันดี ตามเกณฑ์	จำนวน	88	92	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ทพญ. อูมาพร รุ่งรัศมีทวีมานะ ตำแหน่ง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี Email : kunuma8766@gmail.com Mobile : 099-1742289 2. ทพญ. มัทธนา บันสิทธิ์ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ Email : mebebee@hotmail.com Mobile : 081-5472157			
หน่วยงานประมวผลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. ทพญ. มัทธนา บันสิทธิ์ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ Email : mebebee@hotmail.com Mobile : 081-5472157			

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 2	โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน
ตัวชี้วัดที่ (R 8)	ความสำเร็จการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร เป็นตัวชี้วัดที่วัดจากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปในจังหวัดอุบลราชธานีที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communities: HLC) ในแต่ละปี ซึ่งจัดโดยสถานบริการสุขภาพที่เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization: HLO) การประเมินใช้ระบบการประเมินจากแพลตฟอร์มเว็บไซต์ศูนย์รวมข้อมูลและกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (สาสุขอุ๋นใจ) https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/</p> <p>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้และทักษะของบุคคลที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม</p> <p>หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยงานภาคสาธารณสุข การศึกษา หรือสังคมที่ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การบริการข้อมูลข่าวสาร การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค ฟันฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ หรือการบริการอื่นใดที่ทำให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพที่ดีกับผู้ใช้บริการตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มมารดาและทารก กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ และเมืองสุขภาพดี ที่อาจเป็นประชาชนหรือพนักงานในหน่วยงานนั้นหรืออยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>หน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization : HLO) หมายถึง หน่วยบริการที่มีแนวปฏิบัติ (practices) การบริการส่งเสริมสุขภาพ และให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ทำให้ผู้ใช้บริการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการของตนเองได้ง่ายขึ้น และสะดวกขึ้น เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยมีคะแนนประเมินองค์กรรอบรู้ ด้านสุขภาพจากผู้ใช้บริการของหน่วยบริการตั้งแต่ร้อยละ 90 ขึ้นไป</p> <p>กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ชุดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มุ่งเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัย และอนามัย สิ่งแวดล้อมในชุมชนตามบริบทพื้นที่ที่หน่วยบริการจัดขึ้นหรือเลือกใช้จากโปรแกรมส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจากแพลตฟอร์มเว็บไซต์ศูนย์รวมข้อมูล และกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพประเทศไทย (สาสุขอุ๋นใจ)</p>

Health Rider (อสม.) หมายถึง อสม.จังหวัดอุบลราชธานีที่ผ่านการอบรมหลักสูตร อสม.รอบรู้ด้านสุขภาพแล้วและลงทะเบียนออนไลน์หลักสูตร “ครอบครัวรอบรู้ด้านสุขภาพ”(Health Literate family)			
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามระดับอัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินผ่านระบบ สาสุข อุ๋นใจ App		
แหล่งข้อมูล	เว็บไซต์ “สาสุข อุ๋นใจ” URL : http://sasukoonchai.anamai.moph.go.th		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการประเมินในระดับเพียงพอขึ้นไป		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		
การติดตามรายไตรมาส	เป้าหมายผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ 3,220 คน (รพ.สต.และ ศสช. รวมจำนวน 322 แห่งๆ ละ 10 คน)		
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	-
เป้าหมายอัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 82			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
-	-	-	ร้อยละ 82
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :			
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568			
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568			
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม		
1 คะแนน	- ส่งเสริมให้หน่วยบริการสมัคร HLO และมีบริการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70		
1 คะแนน	- ส่งเสริมให้หน่วยบริการสมัคร HLO และสาสุข อุ๋นใจฯ เล่นไม่น้อยกว่าร้อยละ 70		
1 คะแนน	- สร้างเครือข่ายจนเกิดเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างน้อย 1 เครือข่าย		
1 คะแนน	- Health Rider (อสม.) ผ่านการอบรม (อสม.รอบรู้) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 ของแต่ละอำเภอ (0.5 คะแนน)		

	- อำเภอส่งหน่วยงานสมัครเข้ารับการประเมินองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ อย่างน้อย 1 Setting (0.5 คะแนน)																		
1 คะแนน	- มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมตามจำนวนเป้าหมายที่กำหนดให้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75 (รพ.สต.และ สสช.รวมจำนวน 322 แห่งๆ ละ 10 คน) (0.5 คะแนน) - ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมจังหวัดไม่น้อยกว่า ร้อยละ 82 (0.5 คะแนน)																		
วิธีการประเมินผล :	ประเมินความครอบคลุมผู้เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ และอัตราความรอบรู้รายอำเภอ ผ่านเว็บไซต์ “สาสุข อุ่นใจ”																		
เอกสารสนับสนุน :	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ และข้อมูลอัตราความรอบรู้ฯ รายอำเภอ และจังหวัด ในเว็บไซต์ “สาสุข อุ่นใจ”																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Based line data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ปีงบประมาณ (พ.ศ.)</th> </tr> <tr> <th>2565</th> <th>2566</th> <th>2567</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม</td> <td>คน</td> <td>-</td> <td>1,000</td> <td>1,000</td> </tr> <tr> <td>- อัตราความรอบรู้</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>71</td> </tr> </tbody> </table>	Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			2565	2566	2567	- จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม	คน	-	1,000	1,000	- อัตราความรอบรู้	ร้อยละ	-	-	71
Based line data	หน่วยวัด			ปีงบประมาณ (พ.ศ.)															
		2565	2566	2567															
- จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม	คน	-	1,000	1,000															
- อัตราความรอบรู้	ร้อยละ	-	-	71															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายยศชน ทงมุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร. 08 9722 8810 E-mail : p_thongmoon@yahoo.com																		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี																		
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นายวิษณุ สุภคร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08 1547 8735 E-mail : sm12pop@gmail.com 2. นางสาวโสมนัสสา โสคำภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 082 – 3714687 E-mail : s.sommanatsa@gmail.com																		

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy								
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)								
โครงการที่ 2	โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน								
ตัวชี้วัดที่ (R 9)	ร้อยละแกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน								
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน								
คำนิยาม	<p>แกนนำสุขภาพ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามโคเวตา อสม. เชียงรุ๊ก</p> <p>มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน หมายถึง อสม. สามารถดำเนินการประเมิน สุขภาพตนเองเบื้องต้นได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด และสามารถจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน ให้แก่กลุ่มเป้าหมายหลักที่มุ่งเน้น คือ การประเมินสุขภาพประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป เบื้องต้นตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 2568</th> <th>ปีงบประมาณ 2569</th> <th>ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570							
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อให้แกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการดูแลจัดการสุขภาพตนเองและจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ขั้นพื้นฐานในชุมชน เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จังหวัด	จำนวนโคเวตา อสม. เชียงรุ๊ก	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 70</th> </tr> <tr> <th>อสม. ประเมินสุขภาพตนเอง (คน)</th> <th>อสม. ประเมินสุขภาพประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป (คน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>24,747</td> <td>24,747</td> </tr> </tbody> </table>	ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 70		อสม. ประเมินสุขภาพตนเอง (คน)	อสม. ประเมินสุขภาพประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป (คน)	24,747	24,747
ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 70									
อสม. ประเมินสุขภาพตนเอง (คน)	อสม. ประเมินสุขภาพประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป (คน)								
24,747	24,747								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> อสม. บันทึกข้อมูลในแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประมวลผลและแสดงหน้ารายงานผลงาน อสม. ในระบบ 3 หมอรู้จักคุณ https://3doctor.hss.moph.go.th และ www.thaiphc.net 								
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 3 หมอรู้จักคุณ หรือ www.thaiphc.net								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนแกนนำสุขภาพที่มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน อสม. ตามโคเวตา อสม. เชียงรุ๊ก (กลุ่มงานจะแจ้งรายละเอียดเป้าหมายเพิ่มเติมรายอำเภอ)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								

ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 12 เดือน
วิธีการประมวลผล	1. ประเมินข้อมูลรายงานในฐานข้อมูล 3 หมอรู้จักคุณ (https://3doctor.hss.moph.go.th) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบในพื้นที่ 2. ติดตามและประเมินผลโดยศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 10

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	จำนวนแกนนำสุขภาพที่มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน ร้อยละ 50 – 54 จาก https://3doctor.hss.moph.go.th และ www.thaiphc.net
2 คะแนน	จำนวนแกนนำสุขภาพที่มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน ร้อยละ 55 – 59 จาก https://3doctor.hss.moph.go.th และ www.thaiphc.net
3 คะแนน	จำนวนแกนนำสุขภาพที่มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน ร้อยละ 60 – 64 จาก https://3doctor.hss.moph.go.th และ www.thaiphc.net
4 คะแนน	จำนวนแกนนำสุขภาพที่มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน ร้อยละ 65 – 69 จาก https://3doctor.hss.moph.go.th และ www.thaiphc.net
5 คะแนน	จำนวนแกนนำสุขภาพที่มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน ร้อยละ 70 ขึ้นไป จาก https://3doctor.hss.moph.go.th และ www.thaiphc.net

วิธีการประเมินผล :	1. ประเมินข้อมูลรายงานในฐานข้อมูล 3 หมอรู้จักคุณ (https://3doctor.hss.moph.go.th) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบในพื้นที่ 2. ติดตามและประเมินผลโดยศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 10
--------------------	--

เอกสารสนับสนุน :	https://3doctor.hss.moph.go.th และ www.thaiphc.net
------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
ร้อยละแกนนำสุขภาพที่มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายวิจิต พุ่มจันทร์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 โทรศัพท์มือถือ: 06 3023 9456
--	--

	E-mail.com : theppum4@gmail.com Line ID : 06 3023 9456
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางสาวสุภาวดี สุรพัฒน์ ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรศัพท์มือถือ: 09 8831 3037 E-mail.com : tar.supawadee1234@gmail.com Line ID : s_supawadee

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 2	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 3	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 10)	ร้อยละหมู่บ้านที่ควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Gen) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 และไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>โรคไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัย</p> <ul style="list-style-type: none"> -ไข้แดงก่ (Dengue fever) รหัสโรค 66 รหัส ICD 10 : A97.9 -ไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) รหัสโรค 26 รหัส ICD 10 : A97.0, 97.1 -ไข้เลือดออกช็อก (Dengue shock syndrome) รหัสโรค 27 รหัส ICD 10 : A97.2 <p>หมู่บ้าน/ชุมชน สามารถควบคุมโรคการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ภายใน 28 วัน (2 generation) หมายถึง มีการระบาดต่อเนื่องน้อยกว่า 28 วัน (พบผู้ป่วยรายใหม่ต่อเนื่องกัน โดยวันที่พบผู้ป่วย (วันที่วินิจฉัยสงสัยไข้เลือดออก) ของผู้ป่วยแต่ละรายทั้งระยะกันไม่เกิน 28 วัน และยังคงควบคุมโรคไม่ได้)</p> <p>การดำเนินการควบคุม ป้องกัน รักษาส่งต่อ และสื่อสารความเสี่ยง ดังนี้</p> <p><u>ระยะก่อนการระบาด</u></p>

- จัดตั้งทีมเฝ้าระวัง และควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ เคมีภัณฑ์ สเปรย์ฉีดคานวน ในการควบคุมโรคไข้เลือดออก
- การสำรวจแหล่งน้ำขังและการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง เช่น การคว่ำภาชนะที่อาจมีน้ำขัง การเก็บขยะ และทำความสะอาดบริเวณที่มีโอกาสมีน้ำขัง
- ทุกอำเภอจัดประชุมแนวทางการวินิจฉัย รักษา ส่งต่อผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี

ระยะระบาด

-มาตรการควบคุมโรค กรณีพบผู้ป่วยโรคติดต่อมาโดยง่าย เมื่อได้รับแจ้งควรดำเนินการป้องกันควบคุมโรคทันทีตามมาตรา 3-3-1 และเฝ้าระวังโรคต่อเนื่อง 28 วัน ดังนี้:

3 ชั่วโมงแรก สถานพยาบาลแจ้งให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่ทราบว่าพบผู้ป่วยโรคติดต่อมาโดยง่ายดำเนินการ ภายใน 3 ชั่วโมง หลังผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

3 ชั่วโมงถัดไป รพ.สต. หรือสถานบริการสาธารณสุขดำเนินการสอบสวนโรคควบคุมยุงพาหะ โดยการฉีดพ่นสารเคมี (เช่น สเปรย์กระพอง) และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงภายในบ้านผู้ป่วย ภายใน 3 ชั่วโมง หลังได้รับแจ้งพบผู้ป่วย

1 วันถัดไปหน่วยงานท้องถิ่น พ่นสารเคมีกำจัดยุงพาหะและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงภายในบ้านผู้ป่วยและรัศมี 100 เมตร รอบบ้านผู้ป่วย ภายใน 1 วัน หลังได้รับแจ้งพบผู้ป่วย-อสม. สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพิ่มเติมหลังพบผู้ป่วยในพื้นที่ ต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์

การวินิจฉัยและรักษา

-โรงพยาบาลทุกแห่ง วินิจฉัยผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรคไข้เลือดออก โดยใช้ชุดน้ำยาตรวจไข้เลือดออกแบบรวดเร็ว (Dengue NS1 Antigen rapid test)

-โรงพยาบาล จัดให้มี Dengue Checkpoint เพื่อคัดกรองและนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาที่รวดเร็ว รวมถึงใช้ Dengue chart เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วย เพื่อลดการเสียชีวิต

การสื่อสารความเสี่ยง

-ทุกอำเภอ สื่อสารเชิงรุกกับกลุ่มเป้าหมาย ประชาชน ร้านขายยา และสถานบริการทางการแพทย์ผ่านช่องทางต่าง ๆ

-โรงพยาบาล ใช้กลไกคลินิกโรคเรื้อรังเพื่อสื่อสารความเสี่ยงไปยังกลุ่มเสี่ยงป่วยรุนแรง และเสียชีวิต

	<p>-ทุกอำเภอดำเนินการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรคไข้เลือดออกให้กับ อสม. และ อสต.</p> <p>-ให้โรงพยาบาลจ่ายสารทากันยุงให้ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกราย รวมถึง กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย

	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ร้อยละหมู่บ้านที่ควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95 และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก	-	-
วัตถุประสงค์	เพื่อให้การควบคุมโรคไข้เลือดออกภายใน 2 Generation (28 วัน) และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หมู่บ้านทั้งหมดในจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระบบรายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และ D506 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหมู่บ้านที่ควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

อัตราการควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน ไม่เกิน 2 Generation

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	อัตราการควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน ไม่เกิน 2 Gen ≤ ร้อยละ 87.50
2 คะแนน	อัตราการควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน ไม่เกิน 2 Gen ร้อยละ 87.51-90.00
3 คะแนน	อัตราการควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน ไม่เกิน 2 Gen ร้อยละ 90.01 - 92.50
4 คะแนน	อัตราการควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน ไม่เกิน 2 Gen ร้อยละ 92.51 – 94.99
5 คะแนน	อัตราการควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน ไม่เกิน 2 Gen ≥ ร้อยละ 95
*หากมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกหัก 1 คะแนน	

<p>รายละเอียดการประเมิน</p> <p>คะแนน 1 คะแนน หมายถึง ร้อยละหมู่บ้านที่ควบคุมการระบาดโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 87.50 ของหมู่บ้านทั้งหมด</p> <p>คะแนน 2 คะแนน หมายถึง ร้อยละหมู่บ้านที่ควบคุมการระบาดโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation) ร้อยละ 87.51-90.00 ของหมู่บ้านทั้งหมด</p> <p>คะแนน 3 คะแนน หมายถึง ร้อยละหมู่บ้านที่ควบคุมการระบาดโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation) ร้อยละ 90.01 - 92.50 ของหมู่บ้านทั้งหมด</p> <p>คะแนน 4 คะแนน หมายถึง ร้อยละหมู่บ้านที่ควบคุมการระบาดโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation) ร้อยละ 92.51 - 94.99 ของหมู่บ้านทั้งหมด</p> <p>คะแนน 5 คะแนน หมายถึง ร้อยละหมู่บ้านที่ควบคุมการระบาดโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 95 ของหมู่บ้านทั้งหมด</p> <p>*หากมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกหัก 1 คะแนน</p>	
วิธีการประเมินผล :	จากรายงาน 506 / การนิเทศติดตาม / รายงานการสอบสวนโรค
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2564
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 085-315-9081</p> <p>2. นายประพนธ์ บุญไชย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-255-713 โทรศัพท์มือถือ : 094-2631-616</p> <p>3. นายอรรถวิทย์ วงศ์มณี นักสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-255-713 โทรศัพท์มือถือ : 081-0709-809</p>
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายอรรถวิทย์ วงศ์มณี นักสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-255-713 โทรศัพท์มือถือ : 081-0709-809

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 2	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 3	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 11)	ระดับความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคหัด และกวาดล้างโรคโปลิโอตามพันธสัญญานานาชาติ (Measles and Acute Flaccid Paralysis : AFP)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	0.8 คะแนน
คำนิยาม	<p>การกำจัดโรคหัด (Measles elimination) หมายถึง การไม่พบผู้ป่วยโรคหัดภายในประเทศ (Endemic measles case) ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน 12 เดือนขึ้นไป ภายใต้ระบบเฝ้าระวังโรคหัดที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>การกวาดล้างโรคโปลิโอ (Polio eradication) หมายถึง การดำเนินงานเพื่อไม่ให้มีผู้ป่วยโรคโปลิโอในโลก รวมทั้งทำให้เชื้อโรคหมดไปจากทุกพื้นที่</p> <p>ผู้ป่วยกลุ่มอาการไข่ออกผื่น หมายถึง ผู้ที่ประวัติไข้ ร่วมกับมีผื่นแดงชนิด Maculopapular rash หรือผื่นชนิดอื่น และอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ ไอ มีน้ำมูก ตาแดง หรือตรวจร่างกายพบ Koplik's spot หรือแพทย์สงสัยโรคหัด หัดเยอรมัน หรือถูกวินิจฉัยตามรหัสโรคที่กำหนด ที่สามารถเข้าได้กับกลุ่มอาการไข่ออกผื่น เช่น Dengue, Scalet fever เป็นต้น สสจ. กำหนดให้ต้องมีการเก็บส่งตรวจ Serum IgM for measles เพื่อยืนยันไข่ออกผื่นที่ไม่ใช่หัดทุกราย อย่างน้อย 4 ราย/แสนประชากร/ปี ในทุกอำเภอที่ไม่มีกุมารแพทย์ และอย่างน้อย 2 ราย/แสนประชากร/ปี ในอำเภอที่มีกุมารแพทย์</p> <p>ผู้ป่วยกลุ่มอาการอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (Acute flaccid paralysis: AFP) หมายถึง ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่มีอาการอัมพาตของกล้ามเนื้อชนิดอ่อนปวกเปียกอย่างเฉียบพลัน (AFP) โดยอาการอ่อนแรงของแขนขา อาจเกิดขึ้นข้างใดข้างหนึ่งหรือ 2 ข้าง ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บรุนแรง (Trauma) หรือถูกวินิจฉัยตามรหัสโรคที่กำหนด ที่สามารถเข้าได้กับกลุ่มอาการ AFP เช่น Myasthenia Gravis, Myositis เป็นต้น สสจ. กำหนดให้ต้องมีการเก็บอุจจาระส่งตรวจหาเชื้อก่อโรคโปลิโอ เพื่อยืนยันกลุ่มอาการอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลันที่ไม่ใช่โรคโปลิโอ (non-Polio AFP) ในอำเภอที่มีกุมารแพทย์ อย่างน้อย 2 ราย/แสนประชากร/ปี ในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี</p> <p>ความทันเวลาในรายงานผู้ป่วยกลุ่มอาการไข่ออกผื่นที่ไม่ใช่หัด หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการส่งตรวจ Serum IgM for measles ยืนยันผู้ป่วยกลุ่มอาการไข่ออกผื่น ที่ไม่ใช่หัด หลังพบผู้ป่วยมีประวัติไข่ออกผื่น</p>

ไม่เกิน 28 วัน และมีการบันทึกข้อมูลลงในฐาน Measles online database ก่อนนำส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี และส่งรายงานเข้าระบบ D506 ไม่เกิน 7 วันหลังส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

**ความทันเวลาในรายงานผู้ป่วยกลุ่มอาการอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อน
ปวกเปียกเฉียบพลัน (Acute flaccid paralysis: AFP)**

หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลที่มีกุมารแพทย์ มีการส่งตรวจตัวอย่างอุจจาระเพื่อหาสายพันธุ์ก่อโรคโปลิโอ ในผู้ป่วยกลุ่มอาการอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (AFP) ที่มีอาการอ่อนแรงแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง หรือถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรคที่ สสจ. กำหนดทุกราย ภายใน 14 วันหลังมีอาการอ่อนแรงหรือถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรคที่กำหนด **เงื่อนไขความสำเร็จ**

1. กลุ่มอาการอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (AFP)

โรงพยาบาลศูนย์ มีการค้นหาและรายงานผู้ป่วยกลุ่มอาการ AFP และส่งตรวจอุจจาระหาเชื้อก่อโรคโปลิโอ อย่างน้อยจำนวน 3 รายต่อปี ,โรงพยาบาลทั่วไป มีการค้นหาและรายงานผู้ป่วยกลุ่มอาการ AFP อย่างน้อยจำนวน 2 รายต่อปี

2. กลุ่มอาการไข้ออกฝิ่นที่ไม่ใช่หัด

โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป มีการค้นหาและรายงานผู้ป่วยกลุ่มอาการไข้ออกฝิ่น และส่งตรวจหาเชื้อหัด หรือหัดเยอรมัน อย่างน้อย 2 ราย ต่อแสนประชากรต่อปี และโรงพยาบาลชุมชน จำนวนอย่างน้อย 4 ราย ต่อแสนประชากรต่อปี

3. มีการรายงานและสอบสวนโรค ในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอาการ AFP ให้ สสจ. รับทราบ ภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับแจ้งผู้ป่วยเข้านิยามทุกราย และเก็บสิ่งส่งตรวจได้ครบตามเกณฑ์

4. มีการทำกิจกรรมทบทวนเวชระเบียน (Active search) ก่อนส่งรายงานผู้ป่วยเป็นศูนย์ (Zero report) ทุกสัปดาห์ในผู้ป่วยกลุ่มอาการ AFP และดำเนินการติดตามผู้ป่วยเพื่อเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามเกณฑ์ ในกรณีที่พบผู้ป่วยเข้านิยามของ AFP ไม่เกิน 90 วันหลังมีอาการอ่อนแรง หรือถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรคที่กำหนด และไม่เกิน 28 วัน หลังมีอาการไข้ออกฝิ่น หรือถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรคที่กำหนด

เกณฑ์เป้าหมาย

โรงพยาบาล	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569
รพ.สรรพสิทธิประสงค์	2 ราย	3 ราย	3 ราย

รพ.๕๐ พรรษา ฯ	1 ราย	2 ราย	2 ราย
รพร.เดชอุดม			
รพ.ตระการพืชผล			
รพ.วารินชำราบ			
รพ.วารินชำราบ			
รพ.พิบูลมังสาหาร			
รวม	7 ราย	13 ราย	13 ราย

วัตถุประสงค์	เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์กวาดล้างโปลิโอของประเทศไทย และโครงการกำจัดหัดตามพันธสัญญานานาชาติ เพื่อประกาศยืนยันการเป็นพื้นที่ปลอดโรคหัด และโปลิโอต่อองค์การอนามัยโลก ภายในปี 2569
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน คัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยเข้านิยามกลุ่มอาการไข้ออกผื่น และกลุ่มอาการ AFP เพื่อรายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง และฐานโปรแกรมโรคกำจัดกวาดล้าง และดำเนินการสอบสวน เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ และเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวปฏิบัติ
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูล Digital Disease Surveillance (DDS) 2. โปรแกรมโรคกำจัดกวาดล้าง (Measles Database Online)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. การรายงานโรคกลุ่มอาการไข้ออกผื่น และเก็บส่งตรวจ Serum IgM ยืนยันโรคหัด หรือหัดเยอรมัน ได้ทันเวลาที่กำหนดตามแนวปฏิบัติ ร้อยละ 50 2. การรายงานโรคกลุ่มอาการ AFP และเก็บส่งตรวจจู่จาะส่งตรวจยืนยันเชื้อก่อโรคโปลิโอได้ทันเวลาที่กำหนดตามแนวปฏิบัติ ร้อยละ 50
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	การรายงานและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการกลุ่มอาการไข้ออกผื่น และ AFP มีการรายงานและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 25 ของเกณฑ์เป้าหมาย
2 คะแนน	การรายงานและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการกลุ่มอาการไข้ออกผื่น และ AFP มีการรายงานและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 50 ของเกณฑ์เป้าหมาย
3 คะแนน	การรายงานและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการกลุ่มอาการไข้ออกผื่น และ AFP มีการรายงานและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 65 ของเกณฑ์เป้าหมาย

4 คะแนน	การรายงานและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการกลุ่มอาการไข้ออกผื่น และ AFP มีการรายงานและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 75 ของเกณฑ์เป้าหมาย
5 คะแนน	การรายงานและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการกลุ่มอาการไข้ออกผื่น และ AFP มีการรายงานและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามเกณฑ์เป้าหมาย
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นายวิโรจน์ เชมรัมย์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692-8 ต่อ 3110-1 โทรศัพท์มือถือ : 090-2989181 2. นายประพนธ์ บุญไชย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692-8 ต่อ 3110-1 โทรศัพท์มือถือ : 094-2631616 3. นางสาวชรินทร์ กรวยสวัสดิ์ หัวหน้างานระบาดวิทยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692-8 ต่อ 3110-1 โทรศัพท์มือถือ : 083-7429482 4. นางสาวหทัยา อุดมมา งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ : 084-9596771
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวหทัยา อุดมมา และทีมเจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ : 084-9596771

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy						
แผนงานที่ 2	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ						
โครงการที่ 3	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ						
ตัวชี้วัดที่ (R 12)	ร้อยละผู้ติดเชื้อ HIV ที่รู้สถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส						
ค่าถ่วงน้ำหนัก	0.8 คะแนน						
คำนิยาม	<p>HIV (Human immunodeficiency virus) หมายถึงไวรัสในกลุ่มเรโทรไวรัส (retrovirus) เป็นสาเหตุของโรคภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องซึ่งจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันต้านทานล้มเหลว และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือที่คนไทยพูดติดปากกันว่า “โรคเอดส์” (AIDs acquired immune deficiency syndrome) เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อได้ทาง เลือด อสุจิ สารคัดหลั่ง ในช่องคลอด หรือน้ำนม</p> <p>ผู้ป่วยAIDs (AIDs : Acquired Immune Deficiency Syndrome) หมายถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายของการติดเชื้อ HIVเป็นระยะภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายจนไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคต่างๆได้ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคต่าง ๆ มากมายหรือที่เรียกว่า เชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection)</p> <p>ผู้ติดเชื้อHIV หมายถึง ผู้มีเชื้อ HIV ในร่างกายทั้งที่แสดงอาการและไม่แสดงอาการซึ่งผู้ติดเชื้ออาจจะทราบหรือไม่ทราบว่าตนเองได้รับเชื้อ</p> <p>ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ยินยอมรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและผลตรวจพบเชื้อเอชไอวีในร่างกาย</p> <p>การรักษาด้วยยาต้านไวรัส หมายถึง ผู้ป่วยที่ยินยอมรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและผลตรวจพบเชื้อเอชไอวีในร่างกาย แล้วยินยอมขึ้นทะเบียนเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาด้วยการเริ่มกินยาต้านไวรัส</p>						
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 2568</th> <th>ปีงบประมาณ 2569</th> <th>ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 95</td> <td>ร้อยละ 95</td> <td>ร้อยละ 95</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95
ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570					
ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95					
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยินยอมรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและผลตรวจพบเชื้อเอชไอวีในร่างกายได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเริ่มกินยาต้านไวรัสและได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน เป็นการลดโอกาสการเกิดโรคแทรกซ้อน ลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี และลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เกณฑ์การประเมินมี ดังนี้						

	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาด้วยการกินยาต้านไวรัส คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขึ้นทะเบียนและกินยาต้านไวรัสในไตรมาสที่ 1-3 ของปีงบประมาณ 2568 (วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2567 – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2568) เป็นผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษาพยาบาลรักษาในโรงพยาบาลของรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
	ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ 1. นำเข้าข้อมูลในโปรแกรมพัฒนาคุณภาพข้อมูลในระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Data-driven Continuous for Quality Improvement : DQI) 2. บันทึกข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผ่านโปรแกรม Nap Plus
แหล่งข้อมูล	1.โปรแกรมพัฒนาคุณภาพข้อมูลในระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Data-driven Continuous for Quality Improvement : DQI) 2.โปรแกรมบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (NAP Web Reports) 3.ข้อมูลผลการดำเนินงานเอดส์ในเวปไซด์ : HIV Info Hub .ddc.moph.go.th
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาด้วยการกินยาต้านไวรัส (คน)
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด (คน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :	
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568	
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568	
ร้อยละผู้ติดเชื้อ HIV ที่รู้สถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	ผู้ติดเชื้อ HIV รู้สถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ≤ 74 %
2 คะแนน	ผู้ติดเชื้อ HIV รู้สถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 75-79 %
3 คะแนน	ผู้ติดเชื้อ HIV รู้สถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 80-84 %
4 คะแนน	ผู้ติดเชื้อ HIV รู้สถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 85-92 %
5 คะแนน	ผู้ติดเชื้อ HIV รู้สถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ≥ 93 %
เอกสารสนับสนุน :	1.แนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี2564/2565 2.โปรแกรม Nap Plus

	<p>3.โปรแกรมบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (NAP Web reports)</p> <p>4.โปรแกรมพัฒนาคุณภาพข้อมูลในระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Data-driven Continuous for Quality Improvement : DQI)</p>								
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data</p>									
<p>Based line data</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="798 499 940 611">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" data-bbox="940 499 1437 555">ปีงบประมาณ (พ.ศ.)</th> </tr> <tr> <td data-bbox="798 555 940 611"></td> <td data-bbox="940 555 1090 611">2565</td> <td data-bbox="1090 555 1259 611">2566</td> <td data-bbox="1259 555 1437 611">2567</td> </tr> </thead> </table>	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)				2565	2566	2567
หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)								
	2565	2566	2567						
<p>ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อของตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="798 611 940 723">ร้อยละ</td> <td data-bbox="940 611 1090 723">86</td> <td data-bbox="1090 611 1259 723">85</td> <td data-bbox="1259 611 1437 723">92</td> </tr> </tbody> </table>	ร้อยละ	86	85	92				
ร้อยละ	86	85	92						
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> นายวิโรจน์ เชมรัมย์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ 085--3159081 นายประพนธ์ บุญไชย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 094-2631616 นางปิยะพร บุญเกิด เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ :081-2027700 								
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล</p>	<p>ระดับอำเภอ : หน่วยบริการภายในจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน,</p> <p>ระดับจังหวัด : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>								
<p>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>นางปิยะพร บุญเกิด เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ :081-2027700</p>								

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 2	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 3	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 13)	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เกิดก่อน ปี 2535 ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ไวรัสตับอักเสบบี
ค่าถ่วงน้ำหนัก	0.8 คะแนน
คำนิยาม	<p>ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) หมายถึง เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBV) ซึ่งอาจนำไปสู่โรคร้ายที่เป็นอันตรายต่อตับและชีวิตได้ เช่น ตับวาย ตับแข็ง หรือมะเร็งตับ โดยสามารถติดต่อทางเลือด น้ำอสุจิ สารคัดหลั่งจากช่องคลอด หรือของเหลวอื่น ๆ ในร่างกายผ่านการใช้เข็มฉีดยา ฝังเข็ม ใช้อุปกรณ์ที่ปนเปื้อนร่วมกัน หรือการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย</p> <p>การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี หมายถึง การตรวจหา Hepatitis B surface Antigen (HBsAg) ในเลือด โดยใช้หลักการทางภูมิคุ้มกันวิทยา ซึ่งสามารถตรวจได้ 2 แบบ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การตรวจด้วยน้ำยาตรวจในห้องปฏิบัติการ หรือ Laboratory-based immunoassays การตรวจในห้องปฏิบัติการนี้เป็นวิธีที่เป็นมาตรฐานแต่มีความยุ่งยากมากกว่าและมีราคาสูงกว่าการตรวจด้วยชุดตรวจแบบรวดเร็ว 2) การตรวจด้วยชุดตรวจแบบรวดเร็ว หรือ Rapid diagnostic tests (RDTs) เป็นวิธีตรวจที่ง่าย รวดเร็ว ใช้อุปกรณ์น้อย และมีราคาถูกกว่าการใช้น้ำยาตรวจในห้องปฏิบัติการ สามารถทำการตรวจที่จุดบริการได้ <p>ไวรัสตับอักเสบบีซี (Hepatitis C) หมายถึง สภาวะของการที่ตับถูกทำลายโดยไวรัสตับอักเสบบีซี (hepatitis C virus) ซึ่งจะนำไปสู่การอักเสบในตับ และทำให้เกิดผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย เป็นไวรัสที่ติดต่อกันทางเลือดและแพร่เชื้อโดยเลือดที่ถูกปนเปื้อน</p> <p>การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีซี หมายถึง การตรวจหาแอนติบอดีที่จำเพาะต่อไวรัสตับอักเสบบีซี (Anti-HCV) ด้วยการตรวจชุดตรวจด้วยน้ำยาในห้องปฏิบัติการ (ELISA) และชุดตรวจแบบรวดเร็ว (Rapid Diagnostic Test; RDTs) ซึ่งเป็นการตรวจที่ง่าย รวดเร็ว</p> <p>การตรวจยืนยันการวินิจฉัย หมายถึง หากผลตรวจเป็นบวกจำเป็นต้องมีการตรวจเพื่อยืนยัน การวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีซี หรือไม่ โดยการตรวจ HCV RNA Qualitative หรือ HCV RNA Quantitative หรือการตรวจ HCV core antigen (HCV-cAg)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	

ร้อยละของของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เกิดก่อนปี พ.ศ.2535 ประชากร อายุ 30 ปีขึ้นไป ที่ ดึงจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ แยกรายอำเภอ ของจังหวัดอุบลราชธานี ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ตามเป้าหมายในการดำเนินงาน ปี 67 - 70 (ร้อยละ 70)

ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี 2.เพื่อเป็นการค้นหาผู้ติดเชื้อประชากรกลุ่มเป้าหมายทราบสถานะของผู้ติดเชื้อเข้าสู่กระบวนการรักษา
--------------	--

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกสิทธิที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ได้รับสิทธิตรวจคัดกรองจำนวน 1 ครั้งตลอดชีวิต
----------------------	--

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ 1.แบบรายงานติดตามผลการดำเนินงานคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี จังหวัดอุบลราชธานี ผ่าน Google form 2.การติดตามผลการดำเนินงานการคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี การติดตามผ่านทาง https://medata.nhso.go.th/appcenter/org เว็บไซต์ สปสช.
----------------------	--

แหล่งข้อมูล	https://medata.nhso.go.th/appcenter/org website สปสช.
-------------	---

รายการข้อมูล 1	A= ปชก.คนไทยเกิดก่อน พ.ศ.2535 คัดกรองไวรัสตับอักเสบบี แล ซี (คน)
----------------	--

รายการข้อมูล 2	B= ปชก.คนไทยเกิดก่อน พ.ศ. 2535 (ทุกคนในฐานข้อมูล ปชก.) (คน)
----------------	---

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

ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)
-------------------	---

การติดตามรายไตรมาส	ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เกิดก่อนปี 2535 ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี (ร้อยละ 90)
--------------------	---

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ร้อยละ 30	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี $\leq 74\%$

2 คะแนน	ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เกิดก่อนปี พ.ศ.2535 ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ระหว่าง 75 -79 %
3 คะแนน	ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เกิดก่อนปี พ.ศ.2535 ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ระหว่าง 80 -84 %
4 คะแนน	ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เกิดก่อนปี พ.ศ.2535 ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ระหว่าง 85 -89 %
5 คะแนน	ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เกิดก่อนปี พ.ศ.2535 ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ≥ 90 %
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1.แนวทางการดำเนินงานกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และการกำจัดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก พ.ศ.2566 ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัสตับอักเสบบีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2.แนวทางการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2567 กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. แนวทางการดำเนินงานถ่ายทอดโรคไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส กอโรนป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นายวิโรจน์ เชมรัมย์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ 085--3159081 2. นายประพนธ์ บุญไชย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 094-2631616 3. นางสาวสุชาดา สายทอง นักสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ :098-2051183
หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล	<p>ระดับอำเภอ : หน่วยบริการภายในจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน</p> <p>ระดับจังหวัด : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวสุชาดา สายทอง นักสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 098-2051183

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 2	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 3	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 14)	ระดับสำเร็จของการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
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 กลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำที่ครอบคลุมทั้ง การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม เกิดจากการรวมตัวกันเป็นทีมขึ้นของเครือข่ายภาครัฐ (สาธารณสุข ท้องถิ่น การศึกษา ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พัฒนาสังคมฯ ฯลฯ) ภาคเอกชนจิตอาสา หรือประชาชนทั่วไปเพื่อร่วมกันดำเนินการป้องกันการจมน้ำ ซึ่งกลยุทธ์ของผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) มีองค์ประกอบในการดำเนินงาน 10 องค์ประกอบ แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับทอง ระดับเงิน และระดับทองแดง โดยระดับ (ทองแดงจะต้องมีการดำเนินงาน 8 องค์ประกอบ ส่วนระดับทองและระดับเงินจะต้องดำเนินงานทั้ง 10 องค์ประกอบ) ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) การผลักดันและพัฒนานโยบายเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในพื้นที่ (2) การบริหารจัดการให้เกิดการดำเนินงานในรูปแบบสหสาขา มีการแบ่งปันทรัพยากร และขยายการดำเนินงาน (3) การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์การจมน้ำในพื้นที่ (4) การดำเนินมาตรการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงในชุมชน (5) การดำเนินมาตรการให้ความรู้แก่เด็กและครูพี่เลี้ยง รวมทั้งจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (6) การดำเนินมาตรการให้ความรู้ในสถานบริการสาธารณสุข หรือชุมชน หรือโรงเรียน (7) การสร้างและพัฒนาทักษะชีวิตด้านการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดให้แก่เด็กอายุ 6 - 14 ปี (8) การสร้างและพัฒนาทักษะชีวิตด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) คนจมน้ำให้แก่เด็กและคนในชุมชน (9) การสื่อสารประชาสัมพันธ์และรณรงค์ป้องกันการจมน้ำ

	(10) การศึกษาวิจัยหรือติดตามประเมินผล และคืนข้อมูลให้แก่คนในชุมชน สร้างทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ระดับทองและระดับเงิน โดยร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน จิตอาสา หรือประชาชนทั่วไป เพื่อผลักดันให้เกิดทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ในระดับหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ
เกณฑ์เป้าหมาย เป้าหมายระดับจังหวัดอุบลราชธานีประจำปี 2568 : ไม่เกินร้อยละ 3.2 (ไม่เกิน 11 คน)	
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กในจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในจังหวัดอุบลราชธานี (จำนวน 323,463 คน) ทะเบียนราษฎร
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.เอกสารประกอบการผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับทอง ระดับเงิน และระดับทองแดง โดยระดับทองแดงดำเนินงาน 8 องค์กรประกอบ ส่วนระดับทองและระดับเงินจะต้องดำเนินงานทั้ง 10 องค์กรประกอบ 2. แบบรายงานการสอบสวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำ/ตกรน้ำ 3. ระบบรายงาน Drowning Report
แหล่งข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการตายจากรายงานการสอบสวนจากการจมน้ำ/ตกรน้ำ ระดับอำเภอ 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม 3.ระบบรายงาน Drowning Report
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่เสียชีวิตจากการจมน้ำของจังหวัดในปี 2568
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กประชากรกลางปี ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)
แนวทางการดำเนินงาน <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้บุคลากรทุกระดับอำเภอ/ตำบลมีการเรียนหลักสูตรผู้จัดการแผนงานป้องกันการจมน้ำผ่านระบบ e-Learning 2. สร้างทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ระดับทอง/ระดับเงิน/ระดับทองแดง โดยร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน จิตอาสา หรือประชาชนทั่วไป 3. เฝ้าระวัง/สอบสวนการจมน้ำ (ทั้งเสียชีวิตและไม่เสียชีวิต) 4. ส่งเสริมให้ผู้ประกอบการกิจกรรมท่องเที่ยว มีความเข้าใจในการจัดความปลอดภัยสำหรับสถานที่ท่องเที่ยวทางน้ำ ตามข้อกำหนดที่กำหนด 	

5. มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น จัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการจมน้ำประชาสัมพันธ์ในวงกว้างสื่อสารผ่านสื่อโต้ตอบ (Interactive) แบบออนไลน์/สื่อเสมือนจริง

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	1. ผลักดันและพัฒนาเป็นนโยบายสำคัญของพื้นที่ 1.1 เป็นประเด็นขับเคลื่อนการดำเนินงานใน พขอ. (0.5 คะแนน) 1.2 มีการประชุมติดตามอย่างน้อยไตรมาสละครั้ง (0.5 คะแนน)
1 คะแนน	2.บุคลากรผู้รับผิดชอบงานในรพ./สสอ./รพ.สต.ทุกแห่ง ผ่านการเรียนรู้หลักสูตรผู้จัดการแผนงานป้องกันการจมน้ำ ในระบบ e-learning และได้รับใบ Certificate อย่างน้อยแห่งละ 1 คน 2.1 น้อยกว่า 50 % (0 คะแนน) 2.2 50-99 % (0.5 คะแนน) 2.3 100% (1 คะแนน)
1 คะแนน	3.ร้อยละการสอบสวนการจมน้ำ และลงรายงานในระบบ Drowning Report (ทั้งเสียชีวิตในทุกกลุ่มอายุ) 3.1 มีการสอบสวนและลงรายงาน น้อยกว่า 50 % (0 คะแนน) 3.2 มีการสอบสวนและลงรายงาน 50-99 % (0.5 คะแนน) 3.3 มีการสอบสวนและลงรายงาน 100 % (1 คะแนน)
1 คะแนน	4. ทีมผู้ก่อการดีผ่านการประเมิน ระดับทองแดง อย่างน้อยอำเภอละ 1 ทีม 4.1 ไม่มี (0 คะแนน) 4.2 ผ่านการประเมินระดับทองแดงอย่างน้อย 1 ทีมขึ้นไป (1 คะแนน)
1 คะแนน	5.ทีมผู้ก่อการดีผ่านการประเมิน ระดับเงิน หรือระดับทอง อย่างน้อยอำเภอละ 1 ทีม 5.1 มีทีมผู้ก่อการดีระดับเงิน หรือระดับทอง (0.5 คะแนน) 5.2 มีทีมผู้ก่อการดีที่ผ่านการประเมินระดับเงิน หรือระดับทอง (1 คะแนน)
รวมคะแนน ทั้ง 5 ข้อ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	

เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1.สถานการณ์การเสียชีวิตจากการจมน้ำแยกรายอำเภอ 2.แนวทางการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในชุมชน 3.แนวทางการประเมินผู้ก่อการดี การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ (Merit Maker) 4.รายงาน Drowning Report
-------------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	คน	11	24	24
อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	อัตราต่อประชากรแสนคน	3.24	7.1	7.2
ทีมผู้ก่อการดี ระดับเงิน หรือระดับทอง	ร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมด	1	1	1
ทีมผู้ก่อการดี ระดับทองแดง	ทุกตำบล	5	5	7
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. ระดับอำเภอคือ ผู้รับผิดชอบงาน ใน รพ.และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง</p> <p>2. ระดับจังหวัด คือ</p> <p>2.1 นางสาวอลิษา สุพรรณ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 081-790-4981 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : Alisuphan@hotmail.com</p> <p>2.2 นายเอกชัย จรุงเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 086-461-9299 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : MR.AKK1669@gmail.com</p> <p>2.3 นางสาวลักขณ์ จันทรวง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 066-126-0546 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : saowaluk.emsubon@gmail.com</p>			
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	<p>งานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. ระดับอำเภอคือ ผู้รับผิดชอบงาน ใน รพ.และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง</p> <p>2. ระดับจังหวัด คือ นางสาวลักขณ์ จันทรวง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 066-126-0546 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : saowaluk.emsubon@gmail.com</p>			

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy						
แผนงานที่ 3	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม						
โครงการที่ 4	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม						
ตัวชี้วัดที่ (R 15)	อำเภอเมืองครุฑปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบในการบริหารจัดการสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร						
ค่าถ่วงน้ำหนัก	3 คะแนน						
คำนิยาม	การบริหารจัดการสิ่งปฏิกูล หมายถึง การดำเนินการเก็บ ขนและบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเอกชนที่ได้รับมอบอำนาจจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ปลอดภัยโรคและไขหวัดใหญ่ โดยบำบัดสิ่งปฏิกูลระบบทรายกรอง ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเอกชน โดยกลไกการดำเนินการก่อสร้างบำบัดและการบำรุงรักษา ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ข้อบัญญัติท้องถิ่น และระบบงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ หรือภาคเอกชน						
<p>เกณฑ์เป้าหมาย อำเภอมีบำบัดสิ่งปฏิกูลอย่างน้อย อำเภอละ 1 แห่ง และเมืองครุฑปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบในการบริหารจัดการสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร เพิ่มขึ้นปีละ 1 แห่ง</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 2568</th> <th>ปีงบประมาณ 2569</th> <th>ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อำเภอมีบำบัด/อปท.ต้นแบบ 25/1</td> <td>อำเภอมีบำบัด/อปท.ต้นแบบ 25/2</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	อำเภอมีบำบัด/อปท.ต้นแบบ 25/1	อำเภอมีบำบัด/อปท.ต้นแบบ 25/2	-
ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570					
อำเภอมีบำบัด/อปท.ต้นแบบ 25/1	อำเภอมีบำบัด/อปท.ต้นแบบ 25/2	-					
วัตถุประสงค์	เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ เพื่อตัดวงจรพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีประสิทธิภาพ						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.)						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลของสิ่งแวดล้อม รายงาน EHA 3002						
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สนง.สสจ.อบ.						
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ผ่านการประเมินรับรอง						
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนบำบัดสิ่งปฏิกูลทั้งหมด						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$						
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 ไตรมาสที่ 4						
<p>เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :</p> <p>รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568</p> <p>รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568</p>							

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
0.5 คะแนน	อำเภอมีแผนงาน ผ่าน พชอ. /มีข้อบัญญัติ มีการ ตั้งงบประมาณของ อปท.ผ่านสภา (มีหลักฐาน)
0.5 คะแนน	มีการยื่นขอใช้ที่ดิน (มีหลักฐาน)
1 คะแนน	ผ่านประชาคมพื้นที่เป้าหมาย (มีหลักฐาน ,รูปภาพ)
1 คะแนน	อยู่ระหว่างการก่อสร้างเสร็จ (แต่ยังไม่เปิดใช้ , รูปภาพ)
2 คะแนน	เปิดใช้งานบ่อบำบัด /มีการบริหารจัดการ ต่อเนื่อง (รูปภาพ)
รวมการประเมิน ทุกข้อรวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
<p>หมายเหตุ อำเภอที่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลอยู่แล้ว (ก่อนปีงบประมาณ 2568) หากมีการบำรุงรักษาและใช้งานได้ปกติและต่อเนื่อง จะได้คะแนน 2 คะแนน และหากมีกิจกรรมเตรียมการก่อสร้างแห่งใหม่ เพิ่มเติม ก็จะได้คะแนน ตามกิจกรรมที่ดำเนินการ</p>	
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data</p> <p>(1) อำเภอที่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล 12 อำเภอ ได้แก่ เชียงใน เขมราฐ นาตาล เหล่าเสือโก้ก ศรีเมืองใหม่ พิบูลมังสาหาร กุดข้าวปุ้น ม่วงสามสิบ หนองสิริก ดอนมดแดง วารินชำราบ โพธิ์ไทร</p> <p>(2) อำเภอที่ยังไม่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล 13 อำเภอ ได้แก่ ทุ่งศรีอุดม ตาลชุม เมือง นาจะหลวย น้ำยืน นาเยีย น้ำขุ่น สว่างวีระวงศ์ ตระการพืชผล เดชอุดม โขงเจียม สิรินคร สำโรง</p>	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายบัณฑิต บุญจันทร์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ โทรศัพทมือถือ 091-020-4657</p> <p>2. นายสุรทิน หมื่นอินทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพทมือถือ 086-254-9462</p>
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นายสุรทิน หมื่นอินทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพทมือถือ 086-254-9462 กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 3	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่ 4	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ตัวชี้วัดที่ (R 16)	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านการประเมินรับรองตามมาตรฐานเมืองสุขภาพดี (Healthy City)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน

คำนิยาม	<p>เมืองสุขภาพดี (Healthy City) หมายถึง เมืองที่มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ และสังคมอย่างต่อเนื่อง และขยายฐานทรัพยากรชุมชนด้วยการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการดำรงชีวิต และช่วยให้ประชาชนมีศักยภาพสูงสุดในการดำรงชีวิต ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) Healthy Environments (สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ) (2) Healthy Settings (สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ) และ (3) Healthy People (ประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี)</p> <p>ประกอบด้วย 18 ประเด็น 22 ตัวชี้วัด โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อให้เกิดการยกระดับเมืองที่เอื้อให้ประชาชนมีสุขภาพดี สร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ดังตาราง</p>
---------	--

องค์ประกอบเมืองสุขภาพดี

องค์ประกอบที่ 1 สิ่งแวดล้อม เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environments)	องค์ประกอบที่ 2 สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพดี (Healthy Settings)	องค์ประกอบที่ 3 ประชาชนรอบรู้และสุขภาพดีทุกกลุ่มวัย (Healthy People)
<p>KPI 1 มีนโยบายหรือแผนพัฒนาท้องถิ่นด้านสิ่งแวดล้อมโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน</p> <p>KPI 2 จัดให้มีพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาพ</p> <p>KPI 3 การจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับทุกคน (Universal Design)</p> <p>KPI 4 มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภท</p> <p>KPI 5 มีการจัดการสิ่งปฏิกูล</p> <p>KPI 6 มีการจัดการคุณภาพน้ำประปโภคอย่างถูกต้อง</p> <p>KPI 7 ประชาชนได้รับการคุ้มครองสุขภาพจากปัญหาเหตุรำคาญ</p> <p>KPI 8 การจัดการอากาศที่ดี</p> <p>KPI 9 การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในภาวะฉุกเฉิน</p>	<p>KPI 10 ที่พักอาศัย/ชุมชน/หมู่บ้านสะอาด สุขอนามัยดี</p> <p>KPI 11 ตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร (SAN/SAN Plus)</p> <p>KPI 12 สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร (SAN/SAN Plus)</p> <p>KPI 13 ส้วมสาธารณะได้มาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS)</p> <p>KPI 14 ศาสนสถาน ผ่านเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพหรือศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>KPI 15 ระดับความสำเร็จของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่เข้าร่วมการประเมิน</p>	<p>KPI 17 มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย</p> <p>KPI 18 มีการรวมกลุ่มทางสังคมและมีการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรม</p> <p>KPI 19 ร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>KPI 20 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย</p> <p>KPI 21 ร้อยละของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>KPI 22 ร้อยละของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)</p>

	ตนเอง ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัยแห่งชาติ KPI 16 สถานศึกษาพัฒนาเป็นโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล	
แนวทางการวัดระดับเมืองสุขภาพดี :		
<p>ระดับทองแดง ผ่านตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (16 ข้อ จาก 19 ข้อ)</p> <p>ระดับเงิน ผ่านตัวชี้วัดระดับดี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (16 ข้อ จาก 19 ข้อ)</p> <p>ระดับทอง ผ่านตัวชี้วัด ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (18 ข้อ จาก 22 ข้อ)</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เรียงจาก เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล) ผ่านการประเมินตามมาตรฐานเมืองสุขภาพดี (Healthy City)		
ปีงบประมาณ 68		ปีงบประมาณ 69
เทศบาลตำบล/อบต. อย่างน้อยอำเภอละ 2 แห่ง ผ่านเกณฑ์		เทศบาลตำบล/อบต. อย่างน้อยอำเภอละ 3 แห่ง ผ่านเกณฑ์
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาสู่ความเท่าเทียมด้านสุขภาพของประชาชน 2. เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3. เพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Supportive Environment) ด้วยการบูรณาการแบบองค์รวม 	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอุบลราชธานี (238 แห่ง)	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตามแบบประเมินมาตรฐานเมืองสุขภาพดี (Healthy City) และผลการประเมินจากคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด/ระดับเขต	
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านเกณฑ์	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)	

การติดตามรายไตรมาส			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1. อปท. (รายใหม่) สมัครเข้าร่วมโครงการเมืองสุขภาพดี (Healthy City) อย่างน้อยอำเภอละ 2 แห่ง	3. อปท. ที่สมัครเข้าร่วมโครงการดำเนินการประเมินตนเองผ่านระบบเว็บไซต์เมืองสุขภาพดี	6. เตรียมรับการประเมินก่อนประเมินจริง	8. ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด
2. อปท. (รายเดิม) สมัครเข้าร่วมโครงการเมืองสุขภาพดี (Healthy City) ยกระดับการประเมินรับรอง	4. ทำแผนพัฒนาส่วนขาดและดำเนินการตามแผน	7. รับการประเมินรับรองตามเกณฑ์มาตรฐานเมืองสุขภาพดี (Healthy City)	
	5. ดำเนินการพัฒนาส่วนขาด		
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 : รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568 รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568			
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม		
1 คะแนน	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (รายใหม่) สมัครเข้าร่วมโครงการเมืองสุขภาพดี (Healthy City)		
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (รายเดิม) สมัครเข้าร่วมโครงการเมืองสุขภาพดี เพื่อขอยกระดับการประเมินรับรองเมืองสุขภาพดี (Healthy City)		
0.5 คะแนน	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วมโครงการเมืองสุขภาพดี ดำเนินการประเมินตนเองตามมาตรฐานเมืองสุขภาพดี (Healthy City) ผ่านระบบเว็บไซต์ “เมืองสุขภาพดี”		
0.5 คะแนน	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขอรับการประเมินตามมาตรฐานเมืองสุขภาพดี (Healthy City) อย่างน้อยอำเภอละ 2 แห่ง		
1 คะแนน	ผ่านการประเมินรับรอง ระดับทองแดง		
1 คะแนน	ผ่านการประเมินรับรอง ระดับเงิน		
1 คะแนน	ผ่านการประเมินรับรอง ระดับทอง		
นำคะแนนแต่ละข้อมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)			
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามมาตรฐาน เมืองสุขภาพดี (Healthy City) และผลการประเมินจากคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด/ระดับเขต		
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการดำเนินงานสู่เมืองสุขภาพดี (Healthy City) ประจำปีงบประมาณ 2568 (3 องค์กรประกอบ 18 ประเด็น 22 ตัวชี้วัด)		

	<p>2. คู่มือการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation : EHA) 9 หมวด 20 รหัส</p> <p>3. ไฟล์ต้นแบบการดำเนินงานเมืองสุขภาพดี (Healthy City) ระดับทองแดง ระดับเงินและระดับทอง ปีงบประมาณ 2567</p> <p>4. แผนการพัฒนาส่วนชาตเพื่อยกระดับการประเมินรับรองเมืองสุขภาพดี (Healthy City) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินรับรอง ปีงบประมาณ 2566 - 2567</p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มงาน นายบดีนทร์ บุญจันทร์ โทรศัพท์ 091-020-4657</p>
<p>หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล</p>	<p>กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
<p>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล นางสาวทฤตมน ทองเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 091-013-6493 Line ID : Toytotallnine9 E-mail : totalnine@gmail.com</p>

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy								
แผนงานที่ 3	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม								
โครงการที่ 4	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม								
ตัวชี้วัดที่ (R 17)	ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุขทุกประเภท (อปท. รพ. รพ.สต. รพ.สัตว์ คลินิกคน คลินิกสัตว์) ผ่านระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ E-manifest								
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน								
คำนิยาม	<p>สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ หมายถึง สถานบริการสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ได้แก่</p> <p>(1) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและหมายความรวมถึงสถานพยาบาลของทางราชการ ได้แก่ โรงพยาบาลภาครัฐ ภาคเอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคลินิก ในพื้นที่อำเภออื่นๆ</p> <p>(2) สถานพยาบาลสัตว์ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลสัตว์และหมายความรวมถึงสถานพยาบาลสัตว์ของทางราชการ ได้แก่ โรงพยาบาลสัตว์ และคลินิก ในพื้นที่อำเภออื่นๆ</p> <p>มูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง มูลฝอยติดเชื้อ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และที่แก้ไขเพิ่มเติม</p> <p>ระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ E-manifest หมายถึง โปรแกรม E-manifest ที่พัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 2568</th> <th>ปีงบประมาณ 2569</th> <th>ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 100 ของสถานบริการสาธารณสุข ประเภทคลินิกคน มีฐานข้อมูลในระบบ E-manifest</td> <td>ร้อยละ 100 ของสถานบริการสาธารณสุข ประเภทคลินิกสัตว์ มีฐานข้อมูลในระบบ E-manifest</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ร้อยละ 100 ของสถานบริการสาธารณสุข ประเภทคลินิกคน มีฐานข้อมูลในระบบ E-manifest	ร้อยละ 100 ของสถานบริการสาธารณสุข ประเภทคลินิกสัตว์ มีฐานข้อมูลในระบบ E-manifest	-
ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570							
ร้อยละ 100 ของสถานบริการสาธารณสุข ประเภทคลินิกคน มีฐานข้อมูลในระบบ E-manifest	ร้อยละ 100 ของสถานบริการสาธารณสุข ประเภทคลินิกสัตว์ มีฐานข้อมูลในระบบ E-manifest	-							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้การบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 2. เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จังหวัดอุบลราชธานี มี อปท. รวม 238 แห่ง (ทน. 1 ทม. 4 ทต. 54 อบต. 179) โรงพยาบาล รวม 38 แห่ง (ภาครัฐในสังกัด 26 นอกสังกัด 6 เอกชน 6)								

	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 317 แห่ง คลินิกเอกชน รวม 950 แห่ง คลินิกสัตว์ 40 แห่ง โรงพยาบาลสัตว์ 9 แห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตามแบบบันทึกมูลฝอยติดเชื้อ ผ่านระบบ E-manifest			
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานบริการสาธารณสุขและ อปท.ในพื้นที่ ที่ใช้งานในระบบ E-manifest			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานบริการสาธารณสุขและ อปท.ทั้งหมดในพื้นที่ตามเกณฑ์			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)			
การติดตามรายไตรมาส				
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
	1. สำรวจและแจ้ง การบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ของสถานบริการ ผ่านระบบ E-manifest	2. ตรวจสอบติดตาม การบันทึกผ่านระบบ และแก้ไข	3. ติดตามแก้ไขบันทึก ให้ครบตามเกณฑ์ที่ กำหนด	4. ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ที่กำหนด
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :				
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568				
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568				
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม			
0.5 คะแนน	มีฐานข้อมูลสถานบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่			
0.5 คะแนน	สถานบริการสาธารณสุขประเภท รพ.ภาครัฐ ภาคเอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ มีข้อมูลพื้นฐานในระบบ E-manifest (รพ. รพ.สต. ร้อยละ 100 อปท.ร้อยละ 50)			
0.5 คะแนน	สถานบริการสาธารณสุขประเภท คลินิกเอกชน (คน) มีข้อมูลพื้นฐานในระบบ E-manifest ร้อยละ 50			
0.5 คะแนน	สถานบริการสาธารณสุขประเภท คลินิกสัตว์ มีข้อมูลพื้นฐานในระบบ E-manifest ร้อยละ 50			
0.5 คะแนน	สถานบริการสาธารณสุขประเภท รพ.ภาครัฐ ภาคเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล มีการใช้งานระบบ E-manifest (รพ.ร้อยละ 100, รพ.สต. ร้อยละ 70)			
0.5 คะแนน	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการควบคุมการใช้งานระบบ E-manifest ร้อยละ 70			
1 คะแนน	สถานบริการสาธารณสุขประเภท คลินิกเอกชน (คน) มีการใช้งานระบบ E-manifest ร้อยละ 70			
1 คะแนน	สถานบริการสาธารณสุขประเภท คลินิกสัตว์ มีการใช้งานระบบ E-manifest ร้อยละ 70			

นำคะแนนแต่ละข้อมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)				
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผ่านระบบ E-manifest และการสุ่มประเมินจากจังหวัด			
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือดำเนินงาน E-manifest 2. คู่มือการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
-	-	-	-	มีฐานข้อมูล 745 แห่ง ใช้งานในระบบ 313 แห่ง ร้อยละ 42.01
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายบดินทร์ บุญจันทร์ โทรศัพท์ 091-020-4657			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล นางสาวทฤตมน ทองเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 091-013-6493 ID Line : Toytotallnine9 E-mail : totalnine@gmail.com			

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 3	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่ 4	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ตัวชี้วัดที่ (R 18)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1.5 คะแนน
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลมีกระบวนการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านและเพิ่มความครอบคลุมในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย การกำหนดนโยบาย จัดทำ แผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพ และสร้าง กระบวนการสื่อสารให้เกิด การพัฒนาด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital Challenge อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร

C: Communication มีการสื่อสาร

L: Leader มีผู้นำ

E: Effectiveness มีผลลัพธ์

A: Activity มีกิจกรรม

N: Network มีเครือข่าย

ตามเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง มีการสร้างนวัตกรรมด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม และขยายสู่ชุมชน เป็น Green Community

แบ่งการประเมินระดับ GREEN&CLEAN Hospital Challenge

โดยมีคะแนนเต็ม 270 คะแนน แบ่งการประเมินเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับมาตรฐาน (Standard) CLEAN + GREEN (13 ข้อ) คะแนนเต็ม 220 (80%) ต้องได้คะแนน 176 ขึ้นไป และมีผลการดำเนินงานแต่ละหมวด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 และผ่านการดำเนินงานตามกฎหมายกำหนด

2. ระดับดีเยี่ยม (Excellent) CLEAN + GREEN + Innovation + Network (15 ข้อ) คะแนนเต็ม 270 (90%) ต้องได้คะแนน 243 ขึ้นไป ประเด็นงานที่ต้องดำเนินการ ตามกฎหมายต้องผ่านการดำเนินงานทั้งหมด

3. ระดับท้าทาย (Challenge) ประกอบด้วย 4 ประเด็น โรงพยาบาล
เลือกประเด็นดังนี้

3.1 การจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาล
(Medical Waste Management)

3.2 การจัดการพลังงานในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
(Efficient Energy Management)

3.3 โรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและการรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
(Low Carbon and Climate Resilient Health Care)

3.4 มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับ
โรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป)

เกณฑ์เป้าหมาย โรงพยาบาลผ่านการประเมิน (ระดับมาตรฐานขึ้นไปร้อยละ 90 ระดับท้าทายร้อยละ 25)

ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
มาตรฐานขึ้นไปร้อยละ 95 (28 แห่ง)	ร้อยละ 100 (29 แห่ง)	ร้อยละ 100 (29 แห่ง)
ระดับท้าทายร้อยละ 25 (8 แห่ง)	ระดับท้าทายร้อยละ 30 (9 แห่ง)	ระดับท้าทายร้อยละ 50 (16 แห่ง)

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมและยกระดับให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ GREEN&CLEAN Hospital Challenge เป็นไปตามกฎหมายมาตรฐาน วิชาการ และยกระดับการพัฒนาต่อยอดสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง (29 แห่ง)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตามแบบประเมินมาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge และผลการประเมินจากคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป / จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านระดับท้าทาย
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (29 แห่ง = 26 แห่งสังกัด สนง.สป.) รวม รพ.พระศรีมหาโพธิ์, รพ.มะเร็ง, รพ.แม่และเด็ก)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

การติดตามรายไตรมาส ปี 2568

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง	3.ดำเนินงานตามแผนต่อเนื่องและ	5.โรงพยาบาลผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป	6.โรงพยาบาลผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 90
2.จัดทำแผนพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital Challenge และดำเนินการตามแผน	รับการประเมิน 4.พัฒนา/ปรับปรุงแก้ไขตามส่วนขาดอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ 80 ระดับท้าทายร้อยละ 20	ระดับท้าทายร้อยละ 25

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
0.5 คะแนน	มีนโยบายและแผนในการพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital Challenge ตามเกณฑ์
0.5 คะแนน	มีผลการประเมินตนเองในระบบ GREEN&CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป
0.5 คะแนน	ขอรับการตรวจประเมิน GREEN&CLEAN Hospital Challenge
2 คะแนน	ผ่านการประเมินระดับมาตรฐานขึ้นไป
1 คะแนน	ผ่านการประเมินระดับดีเยี่ยม

0.5 คะแนน	ผ่านการประเมินระดับห้าดาว				
ประเมินแต่ละข้อ แล้วนำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)					
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge และผลการประเมินจากคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด/และการลงพื้นที่				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge (GCHC) แนวทางการจัดการมูลฝอยทุกประเภท แนวทางการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานและการจัดการสิ่งปฏิกูล แนวทางการจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร แนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย คู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานพยาบาล การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2565	2566	2567
ผลงานการผ่านมาตรฐาน GREEN&CLEAN		ร้อยละ	-	65.5	96.5
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายบัณฑิต บุญจันทร์ โทรศัพท์ 091-020-4657				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางปิยะนุช คันทร ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 094-562-4651 อีเมลล์ Oil_1728@hotmail.com				

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 3	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่ 4	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ตัวชี้วัดที่ (R 19)	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital Challenge
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีกระบวนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้รับบริการ ญาติ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยมุ่งส่งเสริมให้มีการดำเนินงานที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ชุมชน ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>แบบประเมินนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน 7 หมวด</p> <p>ส่วนที่ 1 การพัฒนา GREEN & CLEAN รพ.สต.</p> <p>หมวด 1 CLEAN : การสร้างกระบวนการพัฒนา (ข้อ 1) 5 คะแนน</p> <p>หมวด 2 G : GARBAGE การจัดการมูลฝอยทุกประเภท (ข้อ 2-4) 20 คะแนน</p> <p>หมวด 3 R : RESTROOM การพัฒนาส้วมมาตรฐานและการจัดการสิ่งปฏิกูล (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 การส่งเสริมด้านอาหารและน้ำปลอดภัยและเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับชุมชน (ข้อ 11-13) 20 คะแนน รวม 100 คะแนน</p> <p>ส่วนที่ 2 การพัฒนา GREEN Community</p> <p>หมวด 7 การพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community (ข้อ 14)</p> <p>ผลการประเมิน</p> <p>1. ระดับมาตรฐาน หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 80 คะแนนขึ้นไป (80-89 คะแนน)</p> <p>2. ระดับดี หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 90 คะแนนขึ้นไป (90-94 คะแนน)</p>

	<p>3. ระดับดีเยี่ยม หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 มีคะแนนรวม 95 คะแนนขึ้นไป และดำเนินการตามหมวด 7</p> <p>*กรณีที่ ผลการประเมินแต่ละหมวดไม่ถึงร้อยละ 80 และคะแนนไม่ถึง 80 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่านการประเมิน</p>										
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านการประเมินระดับมาตรฐานขึ้นไปร้อยละ 80</p> <p>ระดับดีขึ้นไปร้อยละ 35 (คิดจากรพ.สต.ทั้งถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน จำนวน 317 แห่ง)</p>											
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 2568</th> <th style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 2569</th> <th style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80 (255 แห่ง)</td> <td>ร้อยละ 95 (302 แห่ง)</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ร้อยละ 80 (255 แห่ง)	ร้อยละ 95 (302 แห่ง)	-		
ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570									
ร้อยละ 80 (255 แห่ง)	ร้อยละ 95 (302 แห่ง)	-									
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการดำเนินงานที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและเกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นมาตรฐานเดียวกัน ขยายผลการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ในโรงพยาบาลสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความตระหนักและลดมลพิษเกี่ยวกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชน และสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ชุมชนได้</p>										
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 317 แห่ง (ทั้งถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน)</p>										
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>แบบประเมินตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) และผลการประเมินจากคณะกรรมการระดับจังหวัด</p>										
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>										
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป/ และผ่านระดับดีขึ้นไป</p>										
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด</p>										
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>$(A/B) \times 100$</p>										
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)</p>										
<p>การติดตามรายไตรมาส</p>	<p>ปีงบประมาณ 2568</p>										
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">ไตรมาส 1</th> <th style="width: 25%;">ไตรมาส 2</th> <th style="width: 25%;">ไตรมาส 3</th> <th style="width: 25%;">ไตรมาส 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ประเมินตนเอง 2.ทำแผนพัฒนา GREEN&CLEAN Sub-</td> <td>3.ดำเนินงานตามแผน ต่อเนื่องและบริการ ประเมิน</td> <td>5.ผ่านระดับมาตรฐาน ขึ้นไปร้อยละ 50 และ</td> <td>6.ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 80 และผ่านระดับดีขึ้นไป</td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	1.ประเมินตนเอง 2.ทำแผนพัฒนา GREEN&CLEAN Sub-	3.ดำเนินงานตามแผน ต่อเนื่องและบริการ ประเมิน	5.ผ่านระดับมาตรฐาน ขึ้นไปร้อยละ 50 และ	6.ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 80 และผ่านระดับดีขึ้นไป			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4								
1.ประเมินตนเอง 2.ทำแผนพัฒนา GREEN&CLEAN Sub-	3.ดำเนินงานตามแผน ต่อเนื่องและบริการ ประเมิน	5.ผ่านระดับมาตรฐาน ขึ้นไปร้อยละ 50 และ	6.ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 80 และผ่านระดับดีขึ้นไป								

district Health Promoting Hospital (GCsh) และดำเนินการตามแผน	4.พัฒนา/ปรับปรุงแก้ไขตามส่วนขาดอย่างต่อเนื่อง	ผ่านระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 20	ร้อยละ 35
--	---	-----------------------------	-----------

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
0.5 คะแนน	มีการประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานและมีสรุปรายงานการประชุม
0.5 คะแนน	มีแผนงานโครงการที่อนุมัติแล้วในการพัฒนา GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh)
0.5 คะแนน	มีผลการประเมินตนเองในระบบ GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป
1 คะแนน	มีผลการตรวจประเมิน GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) ระดับดีขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 35
2.5 คะแนน	ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านการประเมินรับรองระดับมาตรฐานขึ้นไป ดังนี้ - มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 = 2.5 คะแนน - ผ่านร้อยละ 50 – 79 = 1.5 คะแนน - ผ่านร้อยละ 20 – 49 = 1 คะแนน - ผ่านต่ำกว่าร้อยละ 19 = 0 คะแนน

วิธีการประเมินผล :	คณะกรรมการประเมินตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) และลงพื้นที่ตรวจประเมิน
เอกสารสนับสนุน :	1.คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป 2.แนวทางการจัดการมูลฝอยทุกประเภท 3.แนวทางการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและการจัดการสิ่งปฏิกูล 4.แนวทางการจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร 5.แนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย 6.คู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานพยาบาล 7.การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
ผลการตรวจประเมิน GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh)	ร้อยละ	N/A	28	73
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายบัณฑิต บุญจันทร์ โทรศัพท์ 091-020-4657			
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล นางปิยะนุช คันทร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทร 094-5624651 อีเมลล์ Oil_1728@hotmail.com			

ยุทธศาสตร์ที่ 1	Promotion Prevention & Protection Excellence Strategy
แผนงานที่ 3	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่ 4	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ตัวชี้วัดที่ (R 20)	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	การจัดบริการอาชีวอนามัย/ อาชีวเวชกรรม หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงาน โดยบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยเพื่อให้ผู้ประกอบการหรือกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มแรงงานในระบบ กลุ่มแรงงานนอกระบบ กลุ่มบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพ ได้รับการจัดบริการที่มีคุณภาพ มีสุขภาพอนามัยที่ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย โดยกิจกรรมต่าง ๆ ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน การบริหารจัดการความเสี่ยง การตรวจสุขภาพ การคัดกรองและวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงานเมื่อเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ การสื่อสารความเสี่ยง การให้อาชีวสุขศึกษา การให้คำปรึกษาทั้งทางด้านสุขภาพ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การประสานหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่เพื่อดำเนินงานอาชีวอนามัยเป็นต้น โดยแบ่งการจัดบริการอาชีวอนามัย ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) การจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ คือการจัดการบริการอาชีวอนามัยภายในหน่วยบริการสุขภาพ

2) จัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก คือการจัดการบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน ภายนอกหน่วยบริการสุขภาพ

การจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ ได้รับการดูแลสุขภาพมีการจัดการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยกิจกรรมหลักในการจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ดังต่อไปนี้ (1) การประเมินความเสี่ยง (2) การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม (3) การวินิจฉัยรักษา (4) การบริหารจัดการและ (5) การสนับสนุนเพื่อการจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เน้นประเด็นปัญหาสำคัญ 3 ประเด็น ได้แก่ ปัญหาสารเคมีและสารอันตรายที่มีผลกระทบต่อชุมชน เช่น จากสถานประกอบการ กรณีเหมืองแร่ ปัญหามลพิษจากขยะ ฯลฯ ปัญหามลพิษทางอากาศ เช่น ปัญหาหมอกควัน โรงไฟฟ้า ชีวมวล ฯลฯ

มาตรฐานการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง มาตรฐานการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่กรมควบคุมโรคกำหนด ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ

- องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

- องค์ประกอบที่ 2 การจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- องค์ประกอบที่ 3 การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก

- องค์ประกอบที่ 4 การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

กำหนดการผ่านเกณฑ์ การประเมินมาตรฐานการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ดังนี้

องค์กรประกอบ	ระดับการผ่านมาตรฐาน			
	เริ่มต้นพัฒนา (ร้อยละ)	ดี (ร้อยละ)	ดีมาก (ร้อยละ)	ดีเด่น (ร้อยละ)
องค์กร 1	50	50	50	60
องค์กร 2	-	50	50	60
องค์กร 3	50	50	50	60
องค์กร 4	-	-	50	60
องค์กร 5	-	-	-	50
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	
	ร้อยละ 35 (111 แห่ง จาก 317 แห่ง)	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ รพ.สต.มีการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ให้กับกลุ่มบุคลากรใน รพ.สต. กลุ่มแรงงานในระบบ (สถานประกอบการ) กลุ่มแรงงานนอกระบบ และประชาชนผู้ได้รับผลกระทบต่อมลพิษสิ่งแวดล้อม ได้รับการดูแลสุขภาพที่ได้มาตรฐาน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต. จังหวัดอุบลราชธานี สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 237 แห่ง และ สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 80 แห่ง รวมเป็น 317 แห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รพ.สต.ประเมินตนเองในระบบออนไลน์ https://ohems.ddc.moph.go.th/hos/admin/index.php 2. สสอ.ติดตามการประเมินตนเองของ รพ.สต.ในระบบออนไลน์ให้ได้ตามเป้าหมาย 3. สสจ.อบ. ตรวจสอบประเมินในระบบออนไลน์ผ่านเว็บประเมินออนไลน์ กรมควบคุมโรค 			
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สสจ.อบ. และระบบออนไลน์ https://ohems.ddc.moph.go.th/hos/admin/index.php			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน รพ.สต. ที่มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป ตามมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน รพ.สต. ทุกสังกัด ในแต่ละอำเภอ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)			

การติดตามรายไตรมาส			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1. สสอ./รพ. ในอำเภอ ชี้แจงเกณฑ์การประเมินให้ รพ.สต.	3. รพ.สต. ทุกแห่ง มีการ ประเมินตนเองในระบบ ออนไลน์	5. รพ.สต. มีการ ดำเนินงานตามเกณฑ์ มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง	7. รพ.สต. ในอำเภอ ผ่านการประเมินระดับเริ่มต้น พัฒนาขึ้นไป ร้อยละ 35
2. สสอ./รพ. มีแผนนิเทศ ติดตามหรือสนับสนุน การดำเนินงานของ รพ.สต. ตามเกณฑ์ประเมิน มาตรฐานการจัดบริการอา ชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม โดยเน้นมาตรฐาน องค์ประกอบที่ 1 และ องค์ประกอบที่ 3	4. รพ.สต. มีการ จัดบริการ อาชีวอนามัยเชิงรุก เช่น การประเมินความเสี่ยง เกษตรกร โดยใช้แบบ นบก. 1-57 การตรวจ คัดกรองเกษตรกรโดยใช้ กระดาษทดสอบโคสีน เอสเตอเรส การตรวจ เยี่ยมสถานประกอบการ กลุ่มแรงงานนอกระบบ แรงงานในสถาน ประกอบการ ตรวจ สุขภาพทั่วไป/กิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพให้กลุ่ม แรงงาน	6. รพ.สต. แนบไฟล์ เอกสารตามเกณฑ์ ประเมิน	

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
0.5 คะแนน	สสอ./รพ. มีการชี้แจงเกณฑ์การประเมินให้ รพ.สต. รับทราบ (ประชุม/ แจ้งเป็นหนังสือ)
0.5 คะแนน	สสอ./รพ. มีแผนนิเทศติดตาม/ แผนสนับสนุนการดำเนินงานของ รพ.สต.ตามเกณฑ์ประเมิน มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
1 คะแนน	จำนวน รพ.สต. ที่มีการประเมินตนเองในระบบออนไลน์
1 คะแนน	จำนวน รพ.สต. ที่มีการแนบหลักฐานประกอบการประเมินในระบบออนไลน์ อย่างน้อย ในองค์ประกอบที่ 1 และ องค์ประกอบที่ 3
2 คะแนน	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านการประเมินรับรองระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป ดังนี้

	- มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 35 = 2 คะแนน			
	- ผ่านร้อยละ 20 - 34 = 1.5 คะแนน			
	- ผ่านร้อยละ 10 - 19 = 1 คะแนน			
	- ผ่านต่ำกว่าร้อยละ 10 = 0.5 คะแนน			
ประเมินแต่ละข้อ นำผลการประเมินมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
มีการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่ กรมควบคุมโรคกำหนด		1.58 (5 แห่ง)	4.73 (15 แห่ง) (ยกระดับ 2 แห่งจากปี 2565)	2.84 (9 แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายบดินทร์ บุญจันทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ เบอร์โทร 09 1020 4657			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล นางสาวจุฬาทพร คำรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทร 0 4524 4801-3 ต่อ 311 มือถือ 08 9719 2659 อีเมล jkhumrat@gmail.com			



Template
Service Excellence Strategy


ยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence Strategy

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 4	การพัฒนากระบวนการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่ 5	โครงการพัฒนากระบวนการแพทย์ปฐมภูมิ
ตัวชี้วัดที่ (R 21)	ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
ค่าถ่วงน้ำหนัก	0.5 คะแนน
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) ในผู้ป่วยระดับประคับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ ทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting และบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน ส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้</p> <p>ขั้นตอนการดำเนินการของโรงพยาบาล ต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/หรือ มีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่อง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) และบันทึกในระบบ E-claim รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า 2. มีบุคลากรในทีมการดูแลประคับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1. โรงพยาบาลระดับ A, S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 1 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน

	<p>2.2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน</p> <p>2.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน</p> <p>2.4. โรงพยาบาลทุกระดับ มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว</p> <p>3. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรค ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระยะท้าย กรมการแพทย์ ดังนี้</p> <p>3.1 กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48</p> <p>3.2 กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และ (Dementia) ICD-10 รหัส F03</p> <p>3.3 โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5</p> <p>3.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44</p> <p>3.5 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50</p> <p>3.6 ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)</p> <p>3.7 ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1</p> <p>3.8 ผู้สูงอายุ (อายุ > 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุ่มโรคตามข้อ 2.1-2.7 และภาวะ ฟังฟิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคอง</p> <p>3.9 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ประคับประคองระยะท้าย</p> <p>4. มีรายการยาที่จำเป็น</p> <p>4.1 มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำของ องค์การอนามัยโลกในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก อย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40)</p> <p>4.2 พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยามอร์ฟีนสำหรับ ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย โรงพยาบาลสามารถ ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ Opioids ในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของ สปสช.</p>
--	--

	<p>5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนืองที่บ้าน และบันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 60)</p> <p>* เมื่อดำเนินการตามข้อ 4-5 หน่วยบริการประจำมีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยการบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด</p> <p>6. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟิน และร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนืองที่บ้าน</p> <p>7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย)</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย หน่วยบริการทุกระดับมีการดูแลในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 65	-	-
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาดตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว และได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามแผน มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล ทุกระดับ ทุกแห่ง		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัด คือ กำกับ ดูแลการกรอกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลแฟ้มการวินิจฉัยโรค แพ้ยา และแฟ้มการติดตามเยี่ยมบ้าน ใน 43 แฟ้ม ให้ครบถ้วน		
แหล่งข้อมูล	Health data center https://hdcservice.moph.go.th รายงานมาตรฐาน ข้อมูลตอบสนอง service plan สาขา Intermediate และ palliative care ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (workload)		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care 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	ไตรมาส 2 และ ไตรมาส 4								
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568: รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568 รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568									
ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล 4 ประเด็นหลัก								
1.5 คะแนน	มีการทำ Advance Care Planning (ACP) ในผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะท้าย ด้วยรหัส ICD10 : Z51.5 เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน (ประเมินด้วยการสุ่ม) ด้วยรหัส ICD10 : Z71.8 เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65 <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65</td> <td>(1.5 คะแนน)</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 40 – 64</td> <td>(1 คะแนน)</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 1 - 39</td> <td>(0.5 คะแนน)</td> </tr> <tr> <td>ไม่มีการดำเนินการ</td> <td>(0 คะแนน)</td> </tr> </table>	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65	(1.5 คะแนน)	ร้อยละ 40 – 64	(1 คะแนน)	ร้อยละ 1 - 39	(0.5 คะแนน)	ไม่มีการดำเนินการ	(0 คะแนน)
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65	(1.5 คะแนน)								
ร้อยละ 40 – 64	(1 คะแนน)								
ร้อยละ 1 - 39	(0.5 คะแนน)								
ไม่มีการดำเนินการ	(0 คะแนน)								
1.5 คะแนน	มีการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ได้รับการรักษาแบบยื้อชีวิตในวาระสุดท้าย หรือ “Living will” ในผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะท้าย ด้วยรหัส ICD10 : Z51.5 ตามแบบฟอร์มของสำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ แบบฟอร์มของโรงพยาบาลที่จัดทำเอง <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>- มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65</td> <td>(1.5 คะแนน)</td> </tr> <tr> <td>- ร้อยละ 40 – 64</td> <td>(1 คะแนน)</td> </tr> <tr> <td>- ร้อยละ 1 - 39</td> <td>(0.5 คะแนน)</td> </tr> <tr> <td>- ไม่มีการดำเนินการ</td> <td>(0 คะแนน)</td> </tr> </table> <p>หมายเหตุ จังหวัดประเมินจากการบันทึกการทำ “Living will” ตามแบบฟอร์มของสำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ แบบฟอร์มของโรงพยาบาลที่จัดทำเอง</p>	- มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65	(1.5 คะแนน)	- ร้อยละ 40 – 64	(1 คะแนน)	- ร้อยละ 1 - 39	(0.5 คะแนน)	- ไม่มีการดำเนินการ	(0 คะแนน)
- มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65	(1.5 คะแนน)								
- ร้อยละ 40 – 64	(1 คะแนน)								
- ร้อยละ 1 - 39	(0.5 คะแนน)								
- ไม่มีการดำเนินการ	(0 คะแนน)								

<p>1 คะแนน</p>	<p>มีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40)</p> <ul style="list-style-type: none"> - มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40 (1 คะแนน) - ร้อยละ 21 – 39 (0.6 คะแนน) - ร้อยละ 1 - 20 (0.4 คะแนน) - ไม่มีการดำเนินการ (0 คะแนน) <p>หมายเหตุ จังหวัดสรุปข้อมูลจากโปรแกรม HDC สนง.สสจ.อบ. โดยให้ผู้รับผิดชอบอำเภอสรุปแยกข้อมูล กลุ่มผู้ป่วยเป็น CA และ non-CA เพื่อนำปัญหาเสนอผู้บริหารต่อไป</p>
<p>1 คะแนน</p>	<p>มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน และบันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 60)</p> <p>หมายเหตุ จังหวัดสรุปข้อมูลจากการบันทึกในระบบ E-claim ของ สปสช. และข้อมูลจากกลุ่มงานประกันสุขภาพ สนง.สสจ.อบ</p>
<p>ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ระดับ 5 ประเมินแต่ละข้อ แล้วนำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)</p>	
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>-การติดตามโดยคณะกรรมการ service plan การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคองจังหวัด</p> <p>-จากระบบ Health data center (HDC) จังหวัดอุบลราชธานี</p>
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>1. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) กรมการแพทย์ </p> <p>2. คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/palliativecaredrugssystem2561_edited030562.pdf</p> <p>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</p> <p>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</p>

- 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 (RCPCH), 2018.ที่ <https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children’s-Palliative-Care-Fourth-Edition-5.pdf>
- 6. Palliative care guideline, self-assessment workbook ศูนย์การุณรักษ์ และกรมการแพทย์
- 7. World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization.
[Http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf](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
- 9.การสร้างเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิต ตามมาตรา 12 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 e-livingwill.nationalhealth.or.th



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
ร้อยละผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning	ร้อยละ	61.57	71.96	81.73
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ระดับโรงพยาบาล คือ ผู้รับผิดชอบงาน ระดับอำเภอทุกแห่ง 2. ระดับจังหวัด คือ - นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241920 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 081-7902731 Email : srisukon156@gmail.com Line : เครือข่ายการแพทย์64 			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. ระดับโรงพยาบาล คือ ผู้รับผิดชอบงาน ระดับอำเภอทุกแห่ง 2. ระดับจังหวัด คือ นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-7902731 Email : srisukon156@gmail.com			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 4	การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่ 5	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ตัวชี้วัดที่ (R 22)	ความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสถานชีวาภิบาลอย่างมีคุณภาพ
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	คำจำกัดความสถานชีวาภิบาล มี 2 ระดับ ได้แก่ 1. ศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล หมายถึง ศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสร้างระบบชีวาภิบาลในโรงพยาบาลโดยบูรณาการระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแล

	<p>ประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) และเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชน</p> <p>2. สถานชีวาภิบาลในชุมชน หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง และการดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Long-Term Care and Palliative Care facility) ที่อยู่ในชุมชน มีมาตรฐานด้านสถานที่ด้านความปลอดภัย และด้านบริการตามมาตรฐานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กรมอนามัย หรือกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแล ทั้งนี้อาจแบ่งรูปแบบการให้บริการ เป็น 2 ประเภท ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) บริการระหว่างวัน โดยไม่พักค้างคืน (day care) 2) บริการโดยให้พักค้างคืน <p>อาจเป็นสถานประกอบการของรัฐ ท้องถิ่น เอกชน องค์กรศาสนาหรือ องค์กรอื่นๆ โดยสถานชีวาภิบาล ควรได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กรมอนามัย หรือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแล มีศักยภาพการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย และ/หรือ มีระบบบริหารจัดการผู้ดูแล (caregiver) สำหรับผู้ที่ต้องการ การดูแลที่บ้านได้ (Home care) ทั้งนี้เพื่อแบ่งเบาภาระครอบครัว โดยมีกลไกการกำกับดูแลโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กรมอนามัย หรือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแล</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทุกอำเภอมีสถานชีวาภิบาลที่มีคุณภาพ (สถานชีวาภิบาลในชุมชน/กุฏิชีวาภิบาล) ตามเกณฑ์กรมอนามัย อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง 2. โรงพยาบาลทุกระดับ ทุกแห่ง มีศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสร้างระบบชีวาภิบาล <p>ในโรงพยาบาลโดยบูรณาการระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) และเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชน</p>	
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบพึ่งพิงและครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้สูงอายุระยะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ครอบคลุมทั้ง 4 มิติคือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณโดยเชื่อมโยงการดูแล ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชนและ/หรือบ้าน แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระบบชีวาภิบาล โดยศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล และสถานชีวาภิบาลในชุมชน 2. เป็นการบูรณาการระบบการดูแลแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) ระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) ระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care)

	ผ่านทางงานตติยภูมิ ทุตติยภูมิและงานปฐมภูมิลงสู่กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งจัดระบบบริการดูแลที่บ้าน (Home care และ Home ward) และชุมชน โดยเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ / โรงพยาบาลทุกระดับ ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ จากแบบฟอร์มระบบรายงาน และกำกับติดตาม โดย ทีม Service Plan สถานชีวาภิบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วยคณะทำงานจากกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด, กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ และกลุ่มงานพัฒนารูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
แหล่งข้อมูล	การส่งข้อมูลประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานสถานชีวาภิบาล ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ของอำเภอที่มีการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลในชุมชน/กัญชีวาภิบาล และการรับรองมาตรฐานจากกรมอนามัย
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)


เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล 2 ประเด็นหลัก								
2 คะแนน	- มีศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล โดยมี								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>องค์ประกอบศูนย์ชีวาภิบาลใน รพ. ดังนี้</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.มีระบบชีวาภิบาลในโรงพยาบาลโดยบูรณาการระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care)</td> <td>0.5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>2.มีระบบการเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชน</td> <td>0.5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>3.มีองค์ประกอบของงานศูนย์ชีวาภิบาลที่เกี่ยวข้อง 7 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) มี Data Center (2) ศูนย์ประสานข้อมูล</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	องค์ประกอบศูนย์ชีวาภิบาลใน รพ. ดังนี้	คะแนน	1.มีระบบชีวาภิบาลในโรงพยาบาลโดยบูรณาการระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care)	0.5 คะแนน	2.มีระบบการเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชน	0.5 คะแนน	3.มีองค์ประกอบของงานศูนย์ชีวาภิบาลที่เกี่ยวข้อง 7 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) มี Data Center (2) ศูนย์ประสานข้อมูล	
	องค์ประกอบศูนย์ชีวาภิบาลใน รพ. ดังนี้	คะแนน							
	1.มีระบบชีวาภิบาลในโรงพยาบาลโดยบูรณาการระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care)	0.5 คะแนน							
2.มีระบบการเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชน	0.5 คะแนน								
3.มีองค์ประกอบของงานศูนย์ชีวาภิบาลที่เกี่ยวข้อง 7 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) มี Data Center (2) ศูนย์ประสานข้อมูล									

	(3) มี Care Manger (4) มีทีมบุคลากร (5) มีการวางแผนการดูแล (CP,ACP) (6) ระบบส่งต่อ (referral system) (7) คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ - มี น้อยกว่า 5 องค์ประกอบ (0.4 คะแนน) - มี ครบ 7 องค์ประกอบ (0.6 คะแนน)	0.4 คะแนน 0.6 คะแนน
	4.มีองค์ประกอบครบตั้งแต่ข้อ 1 ถึง ข้อ 3	2 คะแนน
3 คะแนน	มีสถานชีวาภิบาล (สถานชีวาภิบาลในชุมชน/กภูมิชีวาภิบาล) ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน กรมอนามัย อำเภอละ 1 แห่ง	
	เกณฑ์สถานชีวาภิบาล ประกอบด้วย	คะแนน
	มาตรฐาน 3 ด้าน	
	1.มาตรฐานด้านที่ 1 มาตรฐานการบริหารจัดการองค์กร	1 คะแนน
	2.มาตรฐานด้านที่ 2 มาตรฐานผู้ให้บริการ	1 คะแนน
3.มาตรฐานด้านที่ 3 มาตรฐานการจัดบริการการดูแลผู้ป่วย	1 คะแนน	
4.ได้รับการรับรองมาตรฐานบริการจากกรมอนามัย	3 คะแนน	
ประเมินรายข้อ นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)		
วิธีการประเมินผล :	การติดตามโดยคณะกรรมการ service plan สถานชีวาภิบาลจังหวัดอุบลราชธานี	
เอกสารสนับสนุน :	1.คู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล ปี 2024 ของกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health) https://phdb.moph.go.th/main/upload/web_news_files/c8214x94sx4ogoo kg8.pdf 2.มาตรฐานและแนวทางการพัฒนาสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย https://cloud-atg.moph.go.th/quality/sites/default/files/V3%20%E0%B8%8A%E0%B8%B5%E0%B8%A7%E0%B8%B2%2022%E0%B8%81%E0%B8%9E67.pdf	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data		
จังหวัดอุบลราชธานี มีอำเภอทั้งหมด 25 อำเภอ		
- มีศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาลทุกแห่ง		

<p>- มีการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลในชุมชน/กุฎชีวาภิบาล และเปิดให้บริการแล้ว ทั้งหมด 4 อำเภอ คือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี อำเภอเขมราฐ อำเภอโพธิ์ไทร และอำเภอม่วงสามสิบ</p> <p style="text-align: center;">สถานชีวาภิบาลในชุมชน/กุฎชีวาภิบาล จำนวน 5 แห่งที่เปิดให้บริการแล้ว</p> <p>1. กุฎชีวาภิบาล จำนวน 3 แห่ง</p> <p> 1. วัดพิชโสภาราม ต. แก้งเหนือ อ.เขมราฐ จ.อุบลราชธานี</p> <p> 2. วัดหัวเรือ ต.หัวเรือ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี</p> <p> 3. กุฎชีวาภิบาลวัดหนองไข่นก ต.หนองไข่นก อ.ม่วงสามสิบ จ.อุบลราชธานี</p> <p>2. กุฎชีวาภิบาลในชุมชน จำนวน 2 แห่ง คือ</p> <p> 1. สถานชีวาภิบาลเพื่อผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย เทศบาลนครอุบลราชธานี อ.เมืองอุบลราชธานี (ประเมินแล้ว)</p> <p> 2. สถานชีวาภิบาลสามพันโบก ต.ปากห้วยม่วง อ.โพธิ์ไทร จ.อุบลราชธานี</p>	
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. ระดับโรงพยาบาล คือ ผู้รับผิดชอบงาน ระดับอำเภอทุกแห่ง</p> <p>2. ระดับจังหวัด คือ</p> <p>- นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241-920 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 081-790-2731 Email : srisukon156@gmail.com Line : เครือข่ายการแพทย์64</p> 
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล</p>	<p>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
<p>ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>1. ระดับโรงพยาบาล คือ ผู้รับผิดชอบงาน ระดับอำเภอทุกแห่ง</p> <p>2. ระดับจังหวัด คือ นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-790-2731 Email : srisukon156@gmail.com</p>

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 4	การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่ 5	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ตัวชี้วัดที่ (R 23)	ระดับความสำเร็จผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพ ระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel Index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง ใน รพ.ทุกระดับ (A/S/M/F) โดยให้บริการ ผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) ผู้ป่วยนอก และให้บริการในชุมชน เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน เยี่ยมบ้าน เป็นต้น</p> <p>*ผู้ป่วย Intermediate care หมายถึง ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fragility hip fracture รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairments</p> <p>Intermediate ward คือ การให้บริการ Intensive inpatient rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน In-patient department (IPD) อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วัน ต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก 1</p> <p>Intermediate bed คือ การให้บริการ Inpatient rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)</p> <p>การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดย</p>

<p>กระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ กิจกรรมการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และแก้ไขการพูด ทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐ และภายนอก เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน คลินิกกายภาพบำบัดเอกชนที่ขึ้นทะเบียน</p> <p><u>หมายเหตุ</u></p> <p>-หน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ในผู้ป่วยระยะกลางคือหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำที่รับส่งต่อทั่วไป หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้าน กายภาพบำบัด (คลินิกกายภาพบำบัด หรือสถานพยาบาลเอกชนที่มีแผนกกายภาพบำบัด</p> <p>Barthel ADL index (BI) แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20</p> <p>คำนิยามผู้ป่วย IMC ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส ICD-10 ที่พันธระยะ Acuteและมีอาการคงที่ดังนี้</p>		
คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
ผู้ป่วย Stroke, TBI, SCI รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดอุบลราชธานี		
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60 - I64
TBI	Traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภายนอก ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 - S069
SCI	Spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภายนอก (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 - S14.1, S24.0 - S24.1, S34.0 - S34.1, S34.3
ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำ ที่รอดชีวิตทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดอุบลราชธานี		
	Fracture Hip (Fragility fracture)	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภายนอกชนิดไม่รุนแรง (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			
เกณฑ์เป้าหมาย					
ตัวชี้วัดย่อย : 1. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการปรับสภาพฟื้นฟูสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน					
	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71	
	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 95	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 95	
ตัวชี้วัดย่อย 2. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการปรับสภาพฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed					
	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71	
	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 65	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 65	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	
ตัวชี้วัดย่อย 3. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการปรับสภาพฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน					
	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71	
	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	
ตัวชี้วัดย่อย 4. New Case IMC ได้รับการฟื้นฟูที่บ้านภายใน 1 เดือน					
	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71	
	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 95	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 95	
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Hip Fracture (Fragility fracture) โดยผู้ป่วยได้รับการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้าน และชุมชน 				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด				

	2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหัก จากถื่นนตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2 และ F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง* และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20 B1 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางทุกราย
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนผู้ป่วย IMC มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนนเมื่อได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed B2 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed ทั้งหมด หมายเหตุ 1. นับเฉพาะผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการฟื้นฟู 2. การวัดค่าคะแนน BI เปรียบเทียบ ค่าคะแนน BI ณ วันที่ประเมินเข้าสู่ IMC แบบผู้ป่วยใน (Admit) และค่าคะแนน BI ประเมิน ณ วันที่จำหน่ายออกจากผู้ป่วยใน (D/C)
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน B3 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางทุกราย
รายการข้อมูล 4	A4 = จำนวนผู้ป่วย IMC รายใหม่ ได้รับการฟื้นฟูเยี่ยมบ้านภายใน 1 เดือน B4 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางทุกราย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)
หมายเหตุ	<u>คำชี้แจงการลงข้อมูลตัวชี้วัด</u> 1. การเข้ารับบริการการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับ ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ในสถานพยาบาลภาครัฐ เช่น รพ.สต., ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน เป็นต้น และคลินิกเอกชนที่ขึ้นทะเบียน, เยี่ยมบ้าน 2. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูฯ นับรวมผู้ป่วยที่เข้ารับทั้งหมดในช่วงเวลานับย้อนหลังตามไตรมาส ตั้งแต่ ตุลาคม 2567 – กันยายน 2568 3. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการดูแลและติดตามนับรวมในการเก็บข้อมูล 4. ควรใช้ Barthel ADL index เพื่อวัดผลลัพธ์การดำเนินการ

การติดตามรายไตรมาส		ปีงบประมาณ 2568			
Small success		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ IMC ในภาพรวมระดับอำเภอ พร้อมมีการดำเนินงานที่ชัดเจน		มี	มี	มี	มี
โรงพยาบาลมีระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งต่อเพื่อให้สามารถเข้ารับการบริหารฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยในหรือแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบในชุมชน		มี	มี	มี	มี
มีการพัฒนา และติดตาม ผู้ป่วย Refer Back ผ่านระบบ Smart Refer และอื่นๆ		มี	มี	มี	มี
ส่งรายงานตามกำหนดทุกเดือน		มี	มี	มี	มี

รายงานผลงานตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.	-	≥ ร้อยละ 85	-	≥ ร้อยละ 85
2.	-	≥ ร้อยละ 65	-	≥ ร้อยละ 65
3.	-	≥ ร้อยละ 60	-	≥ ร้อยละ 60
4.	-	≥ ร้อยละ 85	-	≥ ร้อยละ 85

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	<ul style="list-style-type: none"> - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ IMC ในภาพรวมระดับอำเภอ พร้อมมีการดำเนินงานที่ชัดเจน - มีระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งต่อเพื่อให้สามารถเข้ารับการบริหารฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยในหรือแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบในชุมชน - มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร แนวทางการจัดสรรอัตรากำลังที่ขาดแคลนตามภาระงาน
1 คะแนน	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดระบบการให้บริการ IMC BED / IMC WARD ตามมาตรฐาน - มีการเชื่อมโยงการบริหารต่อเนื่องร่วมกับชุมชน คลินิกอบอุ่น คลินิกกายภาพบำบัด อบอุ่น แพทย์แผนไทย - มีการพัฒนา และติดตาม ผู้ป่วย Refer Back ผ่านระบบ Smart Refer และอื่นๆ - ส่งรายงานตามกำหนดทุกเดือน

1 คะแนน	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed ≥ร้อยละ 40 (0.5 คะแนน) - ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed ≥ร้อยละ 50 (0.75 คะแนน) - ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน ≥ร้อยละ 85 (1 คะแนน)
1 คะแนน	<ul style="list-style-type: none"> - New Case IMC ได้รับการฟื้นฟูเยี่ยมบ้านภายใน 1 เดือน ≥ร้อยละ 60 (0.50 คะแนน) - New Case IMC ได้รับการฟื้นฟูเยี่ยมบ้านภายใน 1 เดือน ≥ร้อยละ 70 (0.75 คะแนน) - New Case IMC ได้รับการฟื้นฟูเยี่ยมบ้านภายใน 1 เดือน ≥ร้อยละ 85 (1 คะแนน)
1 คะแนน	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน ≥ร้อยละ 50 (0.50 คะแนน) - ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน ≥ร้อยละ 60 (0.75 คะแนน) - ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed ≥ร้อยละ 65 (1 คะแนน)
ประเมินทีละข้อ นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานการจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานจากคณะกรรมการ Service Plan จังหวัด หรือผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล 2.ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามเกณฑ์คะแนนเต็ม 5 คะแนน
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1.งานวิจัยการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2552 2. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) พ.ศ.2559 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3) สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ 3. งานวิจัยการประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) พ.ศ.2562 4. งานวิจัยต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลัน ด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก พ.ศ.2562

	<p>5. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Guideline for Intermediate care service plan) ฉบับปรับปรุง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567</p> <p>6. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p> <p>7. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรกระบบประสาทระยะกลาง พ.ศ. 2565 สถาบันประสาทวิทยา</p> <p>8. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักฯ พ.ศ. 2566</p>
--	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
1. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	ร้อยละ	71.25	86.93	88.49
2. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed	ร้อยละ	47.67	62.30	68.87
3. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน	ร้อยละ	-	49.9	55.29
4. New Case IMC ได้รับการฟื้นฟูเยี่ยมบ้านภายใน 1 เดือน	ร้อยละ	-	84.75	87.78

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มงาน นายยศธน ทองมูล ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 08 9722 8810 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 E-mail : p_thongmoon@yahoo.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล</p>	<p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 โทรสาร : 04 524 1918</p>
<p>ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางฐานิญา นานาน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ: 087 3770333 E-mail : thaniyaa.emsubon@gmail.com Line ID : 0873770333</p>

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 4	การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่ 5	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ตัวชี้วัดที่ (R 24)	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Health Station คุณภาพ
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	<p>สถานีสู่สุขภาพในชุมชน (Health Station) คุณภาพ หมายถึง (1) จุดบริการงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 กิจกรรม โดยเริ่มจากจุดคัดกรองสุขภาพของตนเองในชุมชน คัดกรองสุขภาพของกลุ่มปกติ เสี่ยง สงสัยป่วย กลุ่มป่วย และส่งต่อกลุ่มป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา (2) ศูนย์การพัฒนาสุขภาพชุมชน การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (3) ศูนย์พัฒนาศักยภาพ อสม. และภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เชื่อมต่อข้อมูลกับสถานบริการสุขภาพของรัฐ ด้วยเทคโนโลยี ดิจิทัล และ มีการจัดสภาพแวดล้อมตามบริบทของพื้นที่ ให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ สะอาดปลอดภัย ด้วยอุปกรณ์ที่จำเป็น ทันสมัย ด้วยความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่และภาคีเครือข่าย การยกระดับคุณภาพ หรืออีกชื่อหนึ่งเรียกว่า “ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน (ศสมช.)”</p> <p>ซึ่งมีการจัด ศสมช. ตามเกณฑ์มาตรฐาน ศสมช. 5 หมวด เน้นคุณภาพทั้ง 4 ด้าน ดังนี้</p> <p>หมวด 1) การบริหารจัดการ</p> <p>หมวด 2) การจัดอัตรากำลังและพัฒนาบุคลากร</p> <p>หมวด 3) ยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ</p> <p>หมวด 4) การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน</p> <p>หมวด 5) การสร้างการมีส่วนร่วมและการจัดการสุขภาพชุมชน</p> <p>คุณภาพ 4 ด้าน</p> <p>ด้านที่ 1 NCDs ดีได้ ด้วยกลไก อสม.</p> <p>ด้านที่ 2 นวัตกรรมด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ของอสม.</p> <p>ด้านที่ 3 ธรรมนูญสุขภาพ</p> <p>ด้านที่ 4 กองทุนยาระบบการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2568	
<ol style="list-style-type: none"> 1.ดำเนินการ Health Station คุณภาพ ทุกหมู่บ้าน/ ชุมชน (ระดับพื้นฐาน) 2.ดำเนินการ Health Station คุณภาพ ต้นแบบ ตำบลละ 1 แห่ง (ระดับดี) 3.ดำเนินการ Health Station คุณภาพ ต้นแบบ อำเภอละ 1 แห่ง (ระดับดีเยี่ยม) 	
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Health Station คุณภาพ	

	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน (ร้อยละ 75)	ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน (ร้อยละ 80)	ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน (ร้อยละ 85)
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนา Health Station คุณภาพ ทุกหมู่บ้าน/ ชุมชน ให้ผ่านตามเกณฑ์		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.ดำเนินการ Health Station คุณภาพ ทุกหมู่บ้าน/ ชุมชน (ระดับพื้นฐาน ผ่าน 15 ข้อ) 2.ดำเนินการ Health Station คุณภาพ ต้นแบบ ตำบลละ 1 แห่ง (ระดับดี ผ่าน 25 ข้อ) 3.ดำเนินการ Health Station คุณภาพ ต้นแบบ อำเภอละ 1 แห่ง (ระดับดีเยี่ยม ผ่าน 30 ข้อ)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการรายงานผลงานประจำไตรมาส		
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงาน Health Station คุณภาพ จากทุกหมู่บ้าน/ชุมชน/ ตำบล/ อำเภอ		
รายการข้อมูล 1	A =จำนวน Health Station จากทุกหมู่บ้าน/ชุมชน/ ตำบล/ อำเภอที่มีผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จ ระดับ 5 คะแนน		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน Health Station จากทุกหมู่บ้าน/ชุมชน ทุกแห่ง		
รายการข้อมูล 3	C = จำนวน Health Station ระดับ อำเภอที่มีผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จ ระดับ 5 คะแนน		
รายการข้อมูล 4	D = จำนวน Health Station จากทุกหมู่บ้าน/ชุมชน ทุกแห่ง		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.จำนวน Health Station ผ่านเกณฑ์ = $(A/B) \times 100$ 2.จำนวน Health Station ผ่านเกณฑ์ระดับอำเภอดีเยี่ยม = $(C/D) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		
หน่วยงานที่ให้ข้อมูล	กลุ่มงานปฐมนุ้มีและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมินผล การดำเนินงาน Health Station (ด้วยเกณฑ์มาตรฐาน ศสมช. 5 หมวด)
1 คะแนน	<p><u>หมวดที่ 1</u> : การบริหารจัดการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) (คะแนนเต็ม 1 คะแนน) (ข้อละ 0.2 คะแนน)</p> <ol style="list-style-type: none"> มีคณะกรรมการ/ ทีมงานในการดำเนินงาน ศสมช. ตามบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน และมีการประชุมติดตามการดำเนินงาน สถานที่ตั้งเป็นสัดส่วน มีความเหมาะสม ปลอดภัย สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ มีป้ายชื่อ ศสมช. ที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน พร้อมทั้งมีอ่างล้างมือ มีการจัดตั้งกองทุน เช่น กองทุนยา กองทุนช่วยเหลือประชาชน และคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนฯ มีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้ประชาชนได้รับรู้การนับคาร์บ อสม.พานับคาร์บ อสม.,ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ,สร้าง อสค. ในครอบครัว,ร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการติดตามเยี่ยมบ้าน ,ร่วมจัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ และแก้ไขปัญหา NCDs ในชุมชน มีการเก็บบันทึกข้อมูลพื้นฐานชุมชน เช่น แผนที่ชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชน ข้อมูลประชากร ข้อมูลสุขภาพของชุมชน ข้อมูลประวัติผู้มารับบริการลงสมุดบันทึก
1 คะแนน	<p><u>หมวดที่ 2</u> : การจัดอัตรากำลัง และการพัฒนาบุคลากร (คะแนนเต็ม 1 คะแนน) (ข้อละ 0.2 คะแนน)</p> <ol style="list-style-type: none"> มีการกำหนดตาราง/ เวลาให้ อสม. หมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่ ศสมช. มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติงาน อสม. โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง มีแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะ ในการให้บริการด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และพัฒนา อสม.สื่อสาร, อสม.สื่อสารดิจิทัล, การใช้แอปพลิเคชันต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ สมาร์ท อสม. เป็นต้น มีการใช้คู่มือ หรือแนวทางปฏิบัติทางวิชาการในการให้บริการสุขภาพ มีการบันทึกผลการให้บริการ จัดทำรายงานและสามารถสืบค้นได้
1 คะแนน	<p><u>หมวดที่ 3</u> : การใช้ยา เวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือ (คะแนนเต็ม 1 คะแนน) (ข้อละ 0.2 คะแนน)</p> <ol style="list-style-type: none"> มีการจัดเตรียมยา เวชภัณฑ์ที่จำเป็นไว้ใน ศสมช. เพื่อให้บริการ และสามารถใช้ได้ อย่างถูกต้อง ระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)

	<p>13. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา</p> <p>14. เทอร์โมสแกน/ พรอทวัดไข้ พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา</p> <p>15. เครื่องชั่งน้ำหนัก และสายวัดรอบเอว พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา</p> <p>16. ที่เจาะเลือดปลายนิ้ว พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา</p>
1 คะแนน	<p><u>หมวดที่ 4</u> : การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน ตามประเด็น 14 กิจกรรมหลัก หรือตามสภาพปัญหาและตามความต้องการของพื้นที่ (<u>คะแนนเต็ม 1 คะแนน</u>) (<u>ข้อละ 0.2 คะแนน</u>)</p> <p>16. การปฐมพยาบาล รักษาพยาบาลเบื้องต้น</p> <p>17. การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน</p> <p>18. การให้สุขศึกษา และองค์ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน การนับคาร์บ แก่ประชาชน (รวมต.กระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>19. การคัดกรองสุขภาพประชาชน 35 ปีขึ้นไป การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับทีมหมอครอบครัวและเครือข่าย</p> <p>20. การบริการภูมิปัญญาไทย สมุนไพร การให้ความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์การใช้ยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา</p>
1 คะแนน	<p><u>หมวดที่ 5</u> : การสร้างการมีส่วนร่วมและการจัดการสุขภาพชุมชน (<u>คะแนนเต็ม 1 คะแนน</u>) (<u>ข้อละ 0.1 คะแนน</u>)</p> <p>21. มีการนำข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนในชุมชน การให้บริการสุขภาพใน ศสมช. และอื่นๆ ไปใช้ในการวางแผนด้านสุขภาพ</p> <p>22. การใช้ ศสมช. เป็นศูนย์ปฏิบัติการ ประชุมวางแผนการพัฒนาด้านสุขภาพ และการจัดตั้งศูนย์ห่างไกล NCDs และให้บริการผ่านทีม 3 หมอ</p> <p>23. มีแผนพัฒนาสุขภาพ/แก้ไขปัญหาสุขภาพ พร้อมทั้งจัดกิจกรรมรณรงค์แก้ไขปัญหาสุขภาพตามปฏิทินสาธารณสุขชุมชน</p> <p>24. มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นแหล่งเรียนรู้ในชุมชน</p> <p>25. มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของ ศสมช.</p> <p>26. มีระบบฐานข้อมูลออนไลน์ สามารถสืบค้นได้</p> <p>27. มีการบูรณาการกับ พขอ.</p> <p>28. มีการยกระดับขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพชุมชน (สมัชชา/ ธรรมนูญ)</p> <p>29. มีนวัตกรรม/ โครงการเด่น/ งานวิชาการเด่น/ ที่เชื่อมการแก้ไขปัญหาในพื้นที่</p> <p>30. มีการขยายผลการดำเนินไปสู่พื้นที่อื่น ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เครือข่าย</p>
ประเมินตามหมวด 5 หมวด นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด นำคะแนนที่ได้มารวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์มาตรฐาน ศสมช. 5 หมวด แหล่งข้อมูลเว็บไซต์ ออนไลน์

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายวิจิต พุ่มจันทร์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ : 06 3023 9456 E-mail : theppum4@gmail.com Line ID : 06 3023 9456
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางธนพร ป้อมพิทักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรศัพท์มือถือ: 09 5608 0702 E-mail : phc2005phc@gmail.com Line ID : 09 5608 0702

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 4	การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่ 5	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ตัวชี้วัดที่ (R 25)	ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รวมตัวกัน และขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยัง

	<p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU รพ.)</p> <p>มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง การพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่กำหนด ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้</p> <p>ส่วนที่ 1 ด้านบริหารจัดการ</p> <p>ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ</p> <p>ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม</p> <p>ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ</p> <p>ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข</p> <p>ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค</p> <p>ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</p> <p>โดยมีการแปลผลการผ่านเกณฑ์คุณภาพ ฯ ดังนี้</p> <p>ในส่วนที่ 1 - ส่วนที่ 4 (ต้องผ่านเกณฑ์ทุกข้อ)</p> <p>ในส่วนที่ 5 - ส่วนที่ 8 (ต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ทุกข้อ)</p> <p>การรับรองผล จังหวัดและเขตสุขภาพร่วมพัฒนาและรับรองผลหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยรักษาสภาพ 3 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>						
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบสะสม ร้อยละ 100</p>							
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 2568</th> <th style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 2569</th> <th style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570					
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100					
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีคุณภาพ</p>						
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่งในจังหวัด</p>						

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล, - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) - เขตสุขภาพฯ ตรวจสอบและส่งผลการประเมินผ่านโปรแกรมมายัง สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิผ่านระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)										
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเมินตนเอง,ประเมินและรับรองผลโดยทีมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล										
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานจากระบบทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (GIS Health/PCU)										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ฐานตั้งต้น 2568 = A – B $C = (A - B)$										
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)										
การติดตามรายไตรมาส	ปีงบประมาณ 2568										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;">ไตรมาส 1</th> <th style="width:25%;">ไตรมาส 2</th> <th style="width:25%;">ไตรมาส 3</th> <th style="width:25%;">ไตรมาส 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน (Kick off) ระดับประเทศ 2. อบรมเชิงปฏิบัติการ คณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระดับเขตสุขภาพ (ครู ก) จำนวน 1 ครั้ง/ปี 3. มีคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิปี 2566 4. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. ประเมินตนเอง </td> <td style="vertical-align: top;"> 1. อบรมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพมาตรฐานระดับจังหวัด (ครู ข) อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 ครั้ง และระดับอำเภอ อย่างน้อยจังหวัดละ 1 ครั้ง 2. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพมาตรฐานฯ ระดับจังหวัด 1 ทีม/จังหวัด ระดับอำเภอ 1 ทีม/อำเภอ 3. มีทีมที่เลี้ยงระดับอำเภอเพื่อพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. ทุกแห่งร้อยละ 100 </td> <td style="vertical-align: top;"> 1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) ได้รับการพัฒนาโดยทีมที่เลี้ยงระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด 2. คณะกรรมการประเมินระดับอำเภอ ประเมิน 3. คณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด ประเมินและรับรองผล 4. คณะกรรมการประเมินระดับเขต ประเมินรับรองผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในภาพของจังหวัด </td> <td style="vertical-align: top;"> หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ สะสมร้อยละ 100 </td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน (Kick off) ระดับประเทศ 2. อบรมเชิงปฏิบัติการ คณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระดับเขตสุขภาพ (ครู ก) จำนวน 1 ครั้ง/ปี 3. มีคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิปี 2566 4. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. ประเมินตนเอง	1. อบรมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพมาตรฐานระดับจังหวัด (ครู ข) อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 ครั้ง และระดับอำเภอ อย่างน้อยจังหวัดละ 1 ครั้ง 2. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพมาตรฐานฯ ระดับจังหวัด 1 ทีม/จังหวัด ระดับอำเภอ 1 ทีม/อำเภอ 3. มีทีมที่เลี้ยงระดับอำเภอเพื่อพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. ทุกแห่งร้อยละ 100	1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) ได้รับการพัฒนาโดยทีมที่เลี้ยงระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด 2. คณะกรรมการประเมินระดับอำเภอ ประเมิน 3. คณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด ประเมินและรับรองผล 4. คณะกรรมการประเมินระดับเขต ประเมินรับรองผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในภาพของจังหวัด	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ สะสมร้อยละ 100			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4								
1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน (Kick off) ระดับประเทศ 2. อบรมเชิงปฏิบัติการ คณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระดับเขตสุขภาพ (ครู ก) จำนวน 1 ครั้ง/ปี 3. มีคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิปี 2566 4. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. ประเมินตนเอง	1. อบรมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพมาตรฐานระดับจังหวัด (ครู ข) อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 ครั้ง และระดับอำเภอ อย่างน้อยจังหวัดละ 1 ครั้ง 2. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพมาตรฐานฯ ระดับจังหวัด 1 ทีม/จังหวัด ระดับอำเภอ 1 ทีม/อำเภอ 3. มีทีมที่เลี้ยงระดับอำเภอเพื่อพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. ทุกแห่งร้อยละ 100	1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) ได้รับการพัฒนาโดยทีมที่เลี้ยงระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด 2. คณะกรรมการประเมินระดับอำเภอ ประเมิน 3. คณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด ประเมินและรับรองผล 4. คณะกรรมการประเมินระดับเขต ประเมินรับรองผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในภาพของจังหวัด	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ สะสมร้อยละ 100								

พร้อมบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)	4. สสอ./สศจ. ตรวจสอบข้อมูลการบันทึกการประเมินตนเองของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. ในโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu เพื่อวางแผนการพัฒนา	5. สสอ./สศจ./เขต ตรวจสอบข้อมูลส่งผลการประเมินมายังสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) ผ่านโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu	
---	--	---	--

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. รับทราบนโยบายการดำเนินงานและมีถ่ายทอดนโยบายแก่หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมายการพัฒนาตนเองตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2566 2. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและกำหนดพื้นที่เป้าหมายในระดับอำเภอ 3. คำสั่งแต่งตั้งทีมขับเคลื่อนพัฒนางานและทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ
1 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมายดำเนินการพัฒนาตนเองตามเกณฑ์ 2. มีการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ครบทุกแห่ง และกรอกข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ (Gis-Health)
1 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. การพัฒนาตนเองตามส่วนขาด 2. ทีมประเมินระดับอำเภอทำแผนและออกประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย
1 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรวจสอบและแก้ไข, 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบและแก้ไข

1 คะแนน	1. ทีมประเมินระดับจังหวัดออกประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเป้าหมาย 2. ดำเนินการครบถ้วนและหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 (ของแต่ละอำเภอ)			
ประเมินทีละข้อ (นำคะแนนแต่ละข้อมารวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน)				
วิธีการประเมินผล :	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขตสุขภาพ			
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2566			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านการประเมิน และรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัด หรือระดับเขตสุขภาพ	ร้อยละ	-	-	64 แห่ง (20.19 %)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายวิจิต พุ่มจันทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 063- 0239456 E-mail : theppum4@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นายสมบัติ ชัดโพธิ์ ตำแหน่ง นักสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร. 083 – 4294293 E-mail : sombatkudpho32@gmail.com 2. นางสาวกชวรรณ พวงพันธ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทร. 092-6151414 E-mail : n_atta00@hotmail.com Email : phc2005phc@gmail.com			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 4	การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่ 5	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ตัวชี้วัดที่ (R 26)	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562</p> <p>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <p>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p> <p>บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์-และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้</p> <p>(1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาชาเฉพาะที่</p> <p>(2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติภารกิจเงินยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน</p> <p>(3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต</p> <p>(4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก</p>

(5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ ระบบการส่งต่อ

(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้

(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

ทั้งนี้ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงานประกอบด้วย

1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการตามคู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2568-2570 ใน 8 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ

ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

(คปส.)

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ผ่านการประเมินของคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (คปคม.)

2. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ คัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ประเด็น เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

3. มีการเชื่อมโยงข้อมูล แพทย์คู่ประชาชน

4. มีการบันทึกข้อมูลบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งผลให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลต่อไป

5. เกณฑ์การตรวจประเมินหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ประจำปี 2568 ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

การรับรองผล จังหวัดและเขตสุขภาพร่วมพัฒนาและรับรองผลหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่

	ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยรักษาภาพ 3 ปีก่อนเข้ารับการประเมินใหม่						
<p>เกณฑ์เป้าหมาย หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ขึ้นทะเบียนตามเกณฑ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบสะสม (ร้อยละ 100) เป้าหมาย 186 ทีม ปี 2568 ต้องมีการจัดตั้งทีม 186 ทีม (ครบ 100%)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #fce4d6;">ปีงบประมาณ 2568</th> <th style="background-color: #fce4d6;">ปีงบประมาณ 2569</th> <th style="background-color: #fce4d6;">ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 100 (186 ทีม)</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ร้อยละ 100 (186 ทีม)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570					
ร้อยละ 100 (186 ทีม)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100					
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลตนเองและครอบครัว เบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ - เพื่อพัฒนาและขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ 						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งในจังหวัด						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบลงทะเบียน - การจัดเก็บการประเมินคุณภาพมาตรฐาน จากระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th) - หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล, <ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) - เขตสุขภาพ ตรวจสอบและส่งผลการประเมินผ่านโปรแกรมมายังสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิผ่านระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu) และ (PCUstandard.moph.go.th) 						
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบลงทะเบียน - ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th) 						
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ข้อมูลจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ สะสม)						

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน จากระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A – B		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		
การติดตามรายไตรมาส			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
<p>1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน (Kick off) ระดับประเทศ</p> <p>2. อบรมเชิงปฏิบัติการ คณะทำงานพัฒนาและ ประเมินคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ ระดับเขตสุขภาพ (ครู ก) จำนวน 1 ครั้ง/ปี</p> <p>3. มีคู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิปี 2566</p> <p>4. หน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐม ภูมิ และ รพ.สต. ประเมิน ตนเองพร้อมบันทึกข้อมูลใน ระบบข้อมูลทรัพยากร สุขภาพ หน่วยบริการ ปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu) และ (PCUstandard.moph.go.th)</p> <p>5. ทบทวนแผนการจัดตั้ง หน่วยบริการปฐมภูมิ และ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2568</p>	<p>1. อบรมเชิงปฏิบัติการ คณะทำงานพัฒนาและประเมิน คุณภาพมาตรฐานระดับจังหวัด (ครู ข) อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 ครั้ง และระดับอำเภอ อย่างน้อย จังหวัด ละ 1 ครั้ง</p> <p>2. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาและ ประเมินคุณภาพมาตรฐานฯ 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 หน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และรพ.สต. ในโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu เพื่อวางแผนการพัฒนา</p>	<p>1. หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ และ รพ.สต. (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) ได้รับความพัฒนาโดยทีมพี่เลี้ยง ระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด</p> <p>2. คณะกรรมการประเมินระดับอำเภอ ประเมิน</p> <p>3. คณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด ประเมินและรับรองผล</p> <p>4. คณะกรรมการประเมินระดับเขต ประเมินรับรองผลและแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในภาพของจังหวัด</p> <p>5. สสอ./สสจ./เขต ตรวจสอบข้อมูล ส่งผลการประเมินมายังสำนักสนับสนุน ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) ผ่าน โปรแกรม (http://gishealth.moph.go.th/pcu) และ (PCU standard.moph.go.th)</p>	<p>- หน่วยบริการปฐม ภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐม ภูมิ และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ มาตรฐานบริการ สุขภาพปฐมภูมิ และจัดตั้งหน่วย บริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ ตาม พระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 สสมร้อยละ 100</p>
<p>เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :</p> <p>รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568</p>			

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. รับทราบนโยบายการดำเนินงานและมีถ่ายทอดนโยบายแก่หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป้าหมายการพัฒนาตนเองตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2566 และเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2568 2. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและกำหนดพื้นที่เป้าหมายในระดับอำเภอ 3. ทบทวนแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2568 4. คำสั่งแต่งตั้งทีมขับเคลื่อนพัฒนางานและทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ
1 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมายดำเนินการพัฒนาตนเองตามเกณฑ์ 2. มีการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ครบทุกแห่ง และกรอกข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ (Gis-Health) 3. เสนอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามแผนการจัดตั้งฯ
1 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. การพัฒนาตนเองตามส่วนขาด 2. ทีมประเมินระดับอำเภอทำแผนและออกประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย
1 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรวจสอบและแก้ไข, 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบและแก้ไข
1 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมประเมินระดับจังหวัดออกประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย 2. ดำเนินการครบถ้วนและหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 (ของแต่ละอำเภอ) 3. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ขอขึ้นทะเบียนจัดตั้งตามแผนการจัดตั้งฯ ร้อยละ 100
ประเมินรายชื่อ (แล้วนำคะแนนมารวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
วิธีการประเมินผล :	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบขึ้นทะเบียน - ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th) - หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัด หรือระดับเขตสุขภาพ
เอกสารสนับสนุน :	ระบบขึ้นทะเบียน, คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2566

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านการประเมินการจัดตั้งทีม NPCU	จำนวนทีม ร้อยละ			94 ทีม (50.24 %)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายวิจิต พุ่มจันทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 063- 0239456 E-mail : theppum4@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นายสมบัติ ชัดโพธิ์ ตำแหน่ง นักสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร. 083 – 4294293 E-mail : sombatkudpho32@gmail.com 2. นางสาวกชวรรณ พวงพันธ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทร. 092-6151414 E-mail : n_atta00@hotmail.com 3. Email : phc2005phc@gmail.com			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 7	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ตัวชี้วัดที่ (R 27)	ความสำเร็จของการจัดบริการผู้ป่วย Stroke ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเวลาที่กำหนด
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทและหลอดเลือด อาจเกิดจากหลอดเลือดตีบอุดตันหรือแตก ทำให้สมองบางส่วนทำงานผิดปกติ สมองเป็นอวัยวะที่ทนต่อการขาดเลือดได้ในเวลาที่จำกัด ดังนั้น การรักษาผู้ป่วยที่สมองขาดเลือด “เวลา” จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เร็วที่สุดการรักษาที่เร็วจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรื้อฟื้นตัวได้เร็ว วิธีการรักษาที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันวิธีหนึ่ง ได้แก่ การรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำเป็นการรักษาที่ได้มาตรฐานและได้รับการยอมรับได้ผลค่อนข้างดี แต่มีข้อจำกัดด้านเวลาที่ต้องวินิจฉัยโรคและเริ่มให้ยาภายใน 4.5 ชั่วโมง หลังจากเกิดอาการ และต้องอยู่

	<p>ในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมที่จะให้การดูแลรักษา มีเครื่องมือสำหรับตรวจวินิจฉัย มีทีมแพทย์ ทีมบุคลากร ที่พร้อมให้การดูแล</p> <p>จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการภายในระยะเวลา (Stroke fast track) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรง หน้าเบี้ยว พูดลำบาก ซาครึ่งซีก เดินเซ แขนขาอ่อนแรง เวียนศีรษะปวดศีรษะเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน ใดๆ หนึ่ง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในระยะเวลาที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งนับเพื่อให้สามารถประเมิน วินิจฉัย ให้ยาละลายลิ่มเลือดทันภายใน 4 ชั่วโมงครึ่ง (นับจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง)</p> <p>แนวทางปฏิบัติของจังหวัด ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีกระบวนการกำกับติดตามเป้าหมายกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ 2. มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา 3. มีการสื่อสารนโยบายโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอมีช่องทางการสื่อสารภายในอำเภอ 4. มีระบบ Stroke fast tract และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพดำเนินการจัดระบบส่งต่อในชุมชน 5. มี Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วยและนำมาปฏิบัติ 6. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I64) ที่มีอาการไม่เกินเวลาที่กำหนด มาถึงโรงพยาบาลชุมชน,โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 7. มีเครือข่ายในการสร้างความตระหนักให้กับกลุ่มเสี่ยง 8. ดำเนินการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 9. บุคลากรได้รับการอบรมพัฒนาการให้ยา rtPA, Stroke basic course หรือ advance course 10. มีการจัดประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่าย, โรงพยาบาลระดับ A,A+ ดำเนินการตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่าย 		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	-ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง STROKE		

	-ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO (I60-I64) ทั้งหมด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานจากการลงข้อมูลจากโปรแกรม Smart Stroke STEMI Hip fracture หรือข้อมูลจาก HDC			
แหล่งข้อมูล	รายงานจากการลงข้อมูลจากโปรแกรม Smart Stroke STEMI Hip fracture หรือข้อมูลจาก HDC			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรง หน้าเบี้ยว พูดลำบาก ซากครึ่งซีก เดินเซ แขนขาอ่อนแรง เวียนศีรษะปวดศีรษะเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน อย่างไรก็ดี อย่างหนึ่ง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในระยะเวลาที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งนับเพื่อให้สามารถประเมิน วินิจฉัย ให้ยาละลายลิ่มเลือดทันภายใน 4 ชั่วโมงครึ่ง (นับจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น STROKE ที่มาถึงโรงพยาบาล			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วย STROKE ที่ได้รับการดูแลได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = (A/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)			
การติดตามรายไตรมาส	ปีงบประมาณ 2568			
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
มีกระบวนการกำกับติดตามเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการมีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา	มีระบบ Stroke fast tract และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ	ผลการดำเนินงานการเข้าระบบระบบ Stroke fast tract ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ผลการดำเนินงานการเข้าระบบระบบ Stroke fast tract ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	
มีการสื่อสารนโยบายโรคหลอดเลือดสมองมีช่องทางการสื่อสารภายในอำเภอ	โรงพยาบาลระดับ A,A+ ดำเนินการตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่าย	โรงพยาบาลระดับ A,A+ ดำเนินการตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่าย	โรงพยาบาลระดับ A,A+ ดำเนินการตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่าย	
มีระบบ Stroke fast tract และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพดำเนินการจัดระบบส่งต่อในชุมชน	บุคลากรได้รับการอบรม พัฒนาการให้ยา rtPA, Stroke basic course หรือ advance course	จัดประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่าย	ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่าย	

มี Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วยและนำมาปฏิบัติ	มีกระบวนการกำกับติดตามเป้าหมายกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วทันเวลา	มีกระบวนการกำกับติดตามเป้าหมายกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วทันเวลา	มีกระบวนการกำกับติดตามเป้าหมายกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วทันเวลา
ผู้ป่วยโรคผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I64)ที่มีอาการไม่เกิน เวลาที่กำหนด มาถึงโรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	ผู้ป่วยโรคผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I64)ที่มีอาการไม่เกิน เวลาที่กำหนดมาถึงโรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	ผลการดำเนินงานการเข้าระบบระบบ Stroke fast tract ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ผลการดำเนินงานการเข้าระบบระบบ Stroke fast tract ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
มีเครือข่ายในการสร้างความตระหนักให้กับกลุ่มเสี่ยง	มีเครือข่ายในการสร้างความตระหนักให้กับกลุ่มเสี่ยง	มีเครือข่ายในการสร้างความตระหนักให้กับกลุ่มเสี่ยง	มีเครือข่ายในการสร้างความตระหนักให้กับกลุ่มเสี่ยง
ดำเนินการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ดำเนินการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ดำเนินการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ดำเนินการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :					
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568					
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568					
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม				
1 คะแนน	ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติของจังหวัดและผลจำนวนเข้า STROKE FAST TRACK น้อยกว่าร้อยละ 10)				
2 คะแนน	ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติของจังหวัดและผลจำนวนเข้า STROKE FAST TRACK ตั้งแต่ร้อยละ 10 - 20				
3 คะแนน	ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติของจังหวัดและผลจำนวนเข้า STROKE FAST TRACK ตั้งแต่ร้อยละ 20.1 - 30				
4 คะแนน	ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติของจังหวัดและผลจำนวนเข้า STROKE FAST TRACK ตั้งแต่ร้อยละ 30.1 – 39.9				
5 คะแนน	ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติของจังหวัดและผลจำนวนเข้า STROKE FAST TRACK ตั้งแต่ร้อยละ 40 ขึ้นไป				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2565	2566	2567
เข้า STROKE FAST TRACK		ร้อยละ	42.11	35.98	35.22
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายยศธน ทองมูล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 08 9722 8810 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 E-mail : p_thongmoon@yahoo.com				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1. นางนาฏนภา ภูบุญคง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ: 09 36355559 ,0914559364 E-mail.com : nardnapa195@gmail.com Line ID : 0624515559 2.นายยศธน ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7228810				

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 7	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ตัวชี้วัดที่ (R 28)	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>การคัดกรองเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน</p> <p>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการ ตรวจ 2 วิธี ดังนี้</p> <p>(1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>(2) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการทำไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>1. ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ และลดขั้นตอน</p> <p>2. กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองแบบ RPG / RCBG วิธีที่ (2) มีค่าระดับน้ำตาล ≥ 110 มก./ดล. ต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำแบบ FPG / FCBG วิธีที่ (1) ในวันถัดไป</p> <p>การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 180 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน</p> <p>หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน 1-180 วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน</p>

	<p>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ</p> <p>การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตาม แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p><i>หมายเหตุ :</i> การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย \geq ร้อยละ 93 แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วย ตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) \geq ร้อยละ 60 จาก กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนาย การเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (Office BP) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการ วัดแบบ Office BP ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80 2. ติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70 3. ติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์ เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน 2. เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีค่าระดับความดันโลหิตสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์ เพื่อรับการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ 2568</p> <p><i>หมายเหตุ :</i> ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ และอยู่จริง (typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่</p>

	นอกเขต (typearea 3) และPERSON.DISCHARGE="9"(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย)													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud													
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข													
	2 รอบ ตามการนิเทศงานระดับจังหวัด ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2568													
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :														
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568														
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568														
1) ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน,ความดันโลหิตสูง (1 คะแนน)														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ค่าคะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">คัดกรอง DM</td> <td>0 คะแนน</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 80</td> </tr> <tr> <td>0.5 คะแนน</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">คัดกรอง HT</td> <td>0 คะแนน</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 80</td> </tr> <tr> <td>0.5 คะแนน</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>		ค่าคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คัดกรอง DM	0 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 80	0.5 คะแนน	≥ ร้อยละ 80	คัดกรอง HT	0 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 80	0.5 คะแนน	≥ ร้อยละ 80
	ค่าคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
คัดกรอง DM	0 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 80												
	0.5 คะแนน	≥ ร้อยละ 80												
คัดกรอง HT	0 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 80												
	0.5 คะแนน	≥ ร้อยละ 80												
2) ติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน (2 คะแนน)														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ค่าคะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">ติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน (2 คะแนน)</td> <td>1 คะแนน</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 70</td> </tr> <tr> <td>2 คะแนน</td> <td>≥ ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>		ค่าคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน (2 คะแนน)	1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 70	2 คะแนน	≥ ร้อยละ 70					
	ค่าคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
ติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน (2 คะแนน)	1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 70												
	2 คะแนน	≥ ร้อยละ 70												
3) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (2 คะแนน)														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ค่าคะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">ติดตามกลุ่มสงสัยป่วยความดัน โลหิตสูง (2 คะแนน)</td> <td>1 คะแนน</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 85</td> </tr> <tr> <td>2 คะแนน</td> <td>≥ ร้อยละ 85</td> </tr> </tbody> </table>		ค่าคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ติดตามกลุ่มสงสัยป่วยความดัน โลหิตสูง (2 คะแนน)	1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 85	2 คะแนน	≥ ร้อยละ 85					
	ค่าคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
ติดตามกลุ่มสงสัยป่วยความดัน โลหิตสูง (2 คะแนน)	1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 85												
	2 คะแนน	≥ ร้อยละ 85												
ประเมินทุกข้อ ข้อ 1-3 (แล้วนำคะแนนมารวมกัน) (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)														
วิธีการประเมินผล :	1.ติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน A : จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับ การตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตาม ยืนยัน													

	<p>วินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่ คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 180 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ประมวลผลจาก แพ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/ พลาสมา)</p> <p>B : จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จากแพ้ม NCDSCREEN ประมวลผลจาก BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL \geq 126 mg/dl</p> <p>2 การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>A = จำนวนประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขต รับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน 90 วัน) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการ สาธารณสุขเดิม (ภายใน 90 วัน) ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการ รักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 หลังจาก ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรอง ความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง</p>																		
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2566																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Based line data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ปีงบประมาณ (พ.ศ.)</th> </tr> <tr> <th>2565</th> <th>2566</th> <th>2567</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>71.10</td> <td>72.27</td> <td>73.34</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</td> <td>ร้อยละ</td> <td>90.29</td> <td>88.11</td> <td>79.37</td> </tr> </tbody> </table>	Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			2565	2566	2567	ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	71.10	72.27	73.34	ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	90.29	88.11	79.37	
Based line data			หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)															
	2565	2566		2567															
ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	71.10	72.27	73.34															
ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	90.29	88.11	79.37															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1.นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>2.นางวิพรรษา ชูบรรจง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 096 159 7165 E-mail : sdokdung@gmail.com</p>																		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>																		

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>ระดับจังหวัด : 1.นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2.นางวิพรรษา ชูบรรจง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 096 159 7165 E-mail : sdokdung@gmail.com</p>
-------------------------	--

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 7	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ตัวชี้วัดที่ (R 29)	ความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2.5 คะแนน
คำนิยาม	<p>การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะสงบ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาล ในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน และคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด เน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ</p> <p>ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการฯ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2, อายุระหว่าง 18 - 65 ปี, ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี, ดัชนีมวลกาย > 25 กก/ตารางเมตร, ไม่มีโรคร่วมรุนแรง และไม่เป็นผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยในระยะสงบ (DM Remission)</p> <p>การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง การสร้างความเข้าใจและใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพ นำไปสู่การตัดสินใจนำมาลองปฏิบัติและประเมินผล การทดลองจนสามารถเกิดการใช้ในชีวิตประจำวันได้</p> <p>ทีมสหวิชาชีพ หมายถึง บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ เป็นต้น</p>

NCD Remission Clinic หมายถึง คลินิกที่เปิดให้บริการดูแลกลุ่ม DM,HT ให้เข้าสู่กระบวนการ Remission	
เกณฑ์เป้าหมาย	
<ol style="list-style-type: none"> 1. รพ.และ รพ.สต. มีการดำเนินงาน DM Remission 100 % 2. รพ.ทุกแห่ง มีการเปิดให้บริการ NCD Remission Clinic 3. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 5 ปีที่ผ่านมา เข้าร่วมโครงการ > 5 % 4. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ ฯ ในปี 2568 สามารถหยุดยาได้ (นับจากวันที่เริ่มหยุดยาลดอย่างน้อย 3 เดือน) > 40 % 5. กลุ่มที่เข้าโครงการ ฯ ตั้งแต่ปี 2566, 2567 สามารถหยุดยาได้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่กลับมารับยาซ้ำ > 40 % ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 6. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1C<7) >40 % 	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนสามารถหยุดยาได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 5 ปีที่ผ่านมา อายุระหว่าง 18 - 65 ปี, ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี, ดัชนีมวลกาย > 25 กก/ตารางเมตร, ไม่มีโรคร่วมรุนแรง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. บันทึกข้อมูลผ่าน Google sheet ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2. บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมพื้นฐานของแต่ละอำเภอ
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานการดำเนินงาน “การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระยะสงบ” จังหวัดอุบลราชธานี 2. ฐานข้อมูล 43 แห่ง และระบบรายงานโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข 3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ฯ)
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :	
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568	
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568	
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมินผล 5 ประเด็นหลัก
1 คะแนน	การบริหารจัดการ <ul style="list-style-type: none"> - มี PM ระดับอำเภอ (0.25 คะแนน) - มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระยะสงบ” ระดับอำเภอ (0.25 คะแนน)

	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประชุมคณะกรรมการ ฯ ในการดำเนินงาน อย่างน้อย 1 ครั้ง/รายไตรมาส (0.25 คะแนน) - รพ.มีการเปิด NCD remission clinic อย่างเป็นรูปธรรม (0.25 คะแนน) 			
0.5 คะแนน	<p>การขับเคลื่อนการดำเนินงาน</p> <p>ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการฯ</p> <ul style="list-style-type: none"> ≤ 70 % (0.25 คะแนน) > 70 % (0.5 คะแนน) 			
0.5 คะแนน	<p>ร้อยละของหน่วยบริการมีการดำเนินงาน DM remission</p> <ul style="list-style-type: none"> - มี รพ. และ รพ.สต.ทุกสังกัด เข้าร่วมดำเนินงาน < 80 % (0.25 คะแนน) - มี รพ. และ รพ.สต.ทุกสังกัด เข้าร่วมดำเนินงาน ≥80 % (0.5 คะแนน) 			
2 คะแนน	<p>ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ DM remission ที่หยุดยา และ HbA1c < 6.5 (หลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน)</p> <ul style="list-style-type: none"> -น้อยกว่า 30.00 % (0.5 คะแนน) -ระหว่าง 30.00 – 40.00 % (1 คะแนน) -มากกว่า 40.00 % (2 คะแนน) 			
1 คะแนน	<p>การพัฒนา NCD clinic Plus</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลการประเมินการพัฒนา NCD Clinic Plus เกณฑ์ระดับดี ดีมาก ดีเด่น (0.5 คะแนน) - เป็นตัวแทนการนำเสนอข้อมูล/ประกวด ของจังหวัดอุบลราชธานี (1 คะแนน) 			
ประเมินแต่ละประเด็น แล้วนำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)				
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากแบบรายงานการดำเนินงาน “การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระยะสงบ” ประมวลผลจาก 43 แห่ง ในปีงบประมาณ 2568 และติดตามผลลัพธ์จากระบบรายงาน ในโปรแกรม HDC			
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1.รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อ 2.แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
1.อำเภอที่เข้าร่วมดำเนินงาน	แห่ง	-	20	25
2.ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c	ร้อยละ	76.59	80.86	81.68
3.ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	33.94	35.79	38.16

4.ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ สามารถหยุดยาได้	ร้อยละ	-	27.07	28.63
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2.นางวิพรรษา ชูบรรจง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 096 159 7165 E-mail : sdokdung@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ระดับจังหวัด : 1.นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2.นางวิพรรษา ชูบรรจง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 096 159 7165 E-mail : sdokdung@gmail.com			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 7	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ตัวชี้วัดที่ (R 30)	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด,ระดับความดันโลหิตได้ดี
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่า ระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า ร้อยละ 7 หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่า ระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8 *หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่</p> <p>(1) รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจขาดเลือด I20-I25</p> <p>(2) รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจล้มเหลว I50</p>

	<p>(3) รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหลอดเลือดสมอง I60-I69</p> <p>(4) รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 N18.4-N18.5</p> <p>(5) รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิด ต่อเนื่อง G40-G41</p> <p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส = I10-I15</p> <p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140 และ < 90 mmHg จากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 2.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 	
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>ลดความรุนแรงของโรค , ลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และ ความดันโลหิต</p>
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 เพิ่มเข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud</p>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)</p>

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

ประเด็นการประเมิน	ค่าคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1.Good DM	1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 30.00 %
	2 คะแนน	ร้อยละ 30.00 – 39.99 %
	3 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40.00 %
2.Good HT	1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 60 %
	2 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60.00 %
ประเมินทีละข้อ ข้อ 1 และข้อ 2 (แล้วรวมคะแนน คะแนนเต็ม 5 คะแนน)		

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2566
2. แนวทางการรักษาการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	33.98	36.39	38.16
ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คุมความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	65.52	68.64	65.28

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- 1.นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 - 2.นางวิพรรษา ชูบรรจง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301
โทรศัพท์มือถือ : 096 159 7165 E-mail : sdokdung@gmail.com

หน่วยงานประมวลผล
และจัดทำข้อมูล

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน

ระดับจังหวัด : 1.นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2.นางวิพรรษา ชูบรรจง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301
โทรศัพท์มือถือ : 096 159 7165 E-mail : sdokdung@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 8	โครงการพัฒนาาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ตัวชี้วัดที่ (R 31)	ระดับความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคและดูแลผู้ป่วยวัณโรค
ตัวชี้วัดย่อยที่ 31.1	อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ ($\geq 88\%$)
ตัวชี้วัดย่อยที่ 31.2	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ($\geq 85\%$)
ตัวชี้วัดย่อยที่ 31.3	อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก ($\geq 90\%$) และ อัตราหน่วยบริการแปรผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วย AI (100%)
ตัวชี้วัดย่อยที่ 31.4	ร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ ($\geq 90\%$)
ตัวชี้วัดย่อยที่ 31.5	ร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน (100%)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1.8 คะแนน
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยวัณโรค (TB disease) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกายแต่ภูมิคุ้มกันไม่สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ เกิดพยาธิสภาพที่ทำให้ป่วยเป็นวัณโรคอาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้</p> <p>ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ</p> <p>ผู้ป่วยรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษา น้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP มาก่อน (ไม่ว่าจะเป็น P หรือ EP,B+หรือ B-)</p> <p>ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาและได้รับการประเมินว่ารักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยซ้ำ (ไม่ว่าจะเป็น P หรือ EP,B+หรือ B-)</p> <p>รักษาสำเร็จ (treatment success) หมายถึง ผลรวมของการรักษาหาย (cured) กับรักษาครบ (treatment Completed)</p> <p>การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง</p> <p>กลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มีโอกาสได้รับเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้ ได้แก่</p>

	<p>กลุ่มเสี่ยงที่ 1 ผู้สัมผัสร่วมบ้านวัณโรค/ดีไอยา สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค/ดีไอยา หมายถึง (1) ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งเสมหะพบเชื้อและเสมหะไม่พบเชื้อ (2) ผู้สัมผัสโรคร่วมที่ทำงาน ระยะเวลาติดต่อกัน 8 ชั่วโมง/วัน หรือ 120 ชั่วโมง/1เดือน</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 2 ผู้ต้องขังในเรือนจำ หมายถึง ผู้ต้องขังที่ได้รับการตัดสินใจโทษทุกรายในเรือนจำกลางอุบลราชธานี</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ที่มารับบริการในหน่วยบริการ</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 4 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg%) - ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยโรคไต (CKD) ในทุกกลุ่มอายุ และทุก Stage <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 5 ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ หรือที่มีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือที่มีโรคร่วมเบาหวาน</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 6 ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดสุราเรื้อรัง หมายถึง ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดสุราเรื้อรัง ที่มารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลในเขตพื้นที่</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 7 กลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยทุกระดับ</p> <p>การ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่อยู่ในช่วงระหว่างการรักษาวินโรค ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน เพื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเสี่ยง ได้แก่ เหนื่อยอ่อนเพลีย, เหนื่อยนอนราบไม่ได้, เจ็บแน่นหน้าอก, หายใจหอบ, มีผื่นร่วมกับหายใจไม่อึด</p> <p>AI คือ เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ที่ช่วยแปลผลภาพรังสีทรวงอก เพื่อตรวจคัดกรองวินิจฉัยวัณโรคเบื้องต้น เป็นการช่วยค้นหาและเข้าสู่กระบวนการรักษาวินโรคได้อย่างรวดเร็ว ลดภาระงานของแพทย์ในการอ่านผลฟิล์มเอกซเรย์</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568			
1. อัตราความสำเร็จการรักษา (ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่)			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	≥ 88%	≥ 88%	≥ 88%
2. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ			

	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%
3. อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	≥ 90%	≥ 93%	≥ 95%
4. ร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดติดเชื้อเข้าได้กับวัณโรค ที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
5. ร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	100%	100%	100%
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้าน การตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาสำเร็จ</p> <p>2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>การประเมินอัตราสำเร็จการรักษา (Success rate) ของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ดังนี้</p> <p>ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2568 (เดือน1 ตุลาคม พ.ศ.2567 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 (1 ตุลาคม 2567 – 30 กันยายน 2568) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>การประเมินการอัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก ใน 7 กลุ่มเสี่ยงสูง ที่มีในฐานข้อมูลของหน่วยบริการในอำเภอนั้น ๆ โดยใช้เป้าหมายที่พื้นที่กำหนด ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2567 และทุกโรงพยาบาลต้องใช้ AI เพื่อแปลผลการอ่านฟิล์มเอกซเรย์ภายในไตรมาสที่ 1</p>		

	<p>การประเมินร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติ เข้าได้กับวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ โดยข้อมูลการประมวลผลจาก NTIP Thailand รอบการคัดกรองปีงบประมาณ 2568</p> <p>การประเมินร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยภาวะฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่อยู่สถานะกำลังรักษา ทุกราย</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)
รายการข้อมูล 1	<p>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2568 (1 ตุลาคม 2567 – 31 ธันวาคม 2567)</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม 2567 – 31 ธันวาคม 2567) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับ รักษาครบ (Completed)</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม 2567 – 31 ธันวาคม 2567)</p> <p><i>หมายเหตุ</i> * ในการประเมินรอบที่1 (ผลการรักษาสำเร็จ+กำลังรักษา+โอนออก) ** ในการประเมินรอบที่2 (ผลการรักษาสำเร็จ)</p>
รายการข้อมูล 2	<p>อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 - 30 กันยายน พ.ศ.2568)</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 - 30 กันยายน พ.ศ. 2568)</p> <p>B = จำนวนคาดการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568</p> <p><i>หมายเหตุ</i> จำนวนคาดการณ์ คัดจากข้อมูลประชากรอ้างอิงจากทะเบียนราษฎร ปี 2567 คิดอัตรา 155 ต่อประชากรแสนคน</p>
รายการข้อมูล 3	<p>อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก และ อัตราหน่วยบริการแปรผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วย AI</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง(7กลุ่มเสี่ยง) คัดกรองวัณโรคโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก และแปรผลด้วย AI</p>

	B = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง(7กลุ่มเสี่ยง) ที่พื้นที่กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2567			
รายการข้อมูล 4	<p>ร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ</p> <p>สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่คัดกรองวัณโรคด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก ที่มีผลตรวจปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค และมีผลตรวจเสมหะเป็นลบ ที่ส่งตรวจ Molecular (X-pert)</p> <p>B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่คัดกรองวัณโรคด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก ที่มีผลตรวจปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค และมีผลตรวจเสมหะเป็นลบ ทุกราย</p>			
รายการข้อมูล 5	<p>ร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน</p> <p>สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่อยู่ระหว่างการรักษา ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน ได้รับการ admitted</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่อยู่ระหว่างการรักษา ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉินทุกราย</p>			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)			
เกณฑ์การประเมิน ปี 2568 :				
1. อัตราความสำเร็จการรักษา (Success rate) ของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (1 ตุลาคม 2567 – 31 ธันวาคม 2567)				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	≥ 88%	≥ 88%	≥ 88%	≥ 88%
	(ค่าประมาณการณ)	(ค่าประมาณการณ)		
2. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 - 30 กันยายน พ.ศ.2568)				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	≥ 20%	≥ 45%	≥ 70%	≥ 85%
3. อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก และแปรผล AI				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	≥ 20%	≥ 60%	≥ 90%	≥ 95%
4. ร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
5. ร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	100%	100%	100%	100%

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :					
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568					
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568					
ตัวชี้วัดที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษา (ค่าถ่วงน้ำหนัก 20 คะแนน)					
ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2568 (1 ตุลาคม 2567 – 31 ธันวาคม 2567) และมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับการรักษาครบ (Completed)					
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	<60%	60-69.99%	70-79.99%	80-87.99%	≥88%
ตัวชี้วัดที่ 2 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (ค่าถ่วงน้ำหนัก 20 คะแนน)					
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568					
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	<7.99%	8-19.99%	20-31.99%	32-44.99%	≥ 45%
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568					
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	<10%	10-29.99%	30-59.99%	60-84.99%	≥ 85%
ตัวชี้วัดที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนนการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (ค่าถ่วงน้ำหนัก 20 คะแนน)					
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568					
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	<15%	15-29.99%	30-44.99%	45-59.99%	≥ 60%
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568					
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	<60%	60-69.99%	70-79.99%	80-89.99%	≥ 90%
ตัวชี้วัดที่ 4 การส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ (ค่าถ่วงน้ำหนัก 20 คะแนน)					
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	<60%	60-69.99%	70-79.99%	80-89.99%	≥ 90%
ตัวชี้วัดที่ 5 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน (ค่าถ่วงน้ำหนัก 20 คะแนน)					
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	<70%	70-79.99%	80-89.99%	90-99.99%	100%
เอกสารสนับสนุน :		<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. ทะเบียน Register หรือแบบฟอร์ม TB08 3. โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP) 			

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. นายวิโรจน์ เขมรัมย์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243-301 ต่อ 121 โทรศัพท์มือถือ 085-315-9081 2. นายประพนธ์ บุญไชย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 094-263-1616 3. นายกฤตวิสุทธิ อีวสุเกิดมงคล นักสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ :081-660-2936 4. นางสาวพนัสนันท์ เดชพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 099-337-3185
<p>หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล</p>	<p>ระดับอำเภอ : หน่วยบริการภายในจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, สสอ. และ รพ.สต.ทุกแห่ง</p> <p>ระดับจังหวัด : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
<p>ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. นายกฤตวิสุทธิ อีวสุเกิดมงคล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 081-660-2936 2. นางสาววรรณรท สายเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 3. นางสาวพนัสนันท์ เดชพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 099-337-3185

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 10	โครงการพัฒนาาระบบบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ตัวชี้วัดที่ (R 32)	ร้อยละประชาชนมารับบริการระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>1. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้าน การรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้ง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรค การฟื้นฟูสุขภาพ และงานเชิงรุกในชุมชน ของหน่วยบริการสถานีนอนามัย สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชานวมินทราชินี (สอน.) สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีนอนามัยพระราชทานนามสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ</p> <p>รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ</p> <p>03 สถานีนอนามัย สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชานวมินทราชินี (สอน.) สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีนอนามัยพระราชทานนาม</p> <p>04 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน</p> <p>08 ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล</p> <p>13 ศูนย์บริการสาธารณสุข</p> <p>18 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การประคบยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษาฟื้นฟูสุขภาพ

- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสุขภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสุขภาพ
- การบำบัดหม้อเกลือ
- การพอกยาสมุนไพร
- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก
- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มี
การเพิ่มเติมรหัสภายหลัง
- 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 การบริการนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
- 1102 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน
- 11020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
- 1103 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน
- 1104 การบริการอบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
- 1105 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน
- 11050 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน
- 11051 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน
- 11052 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวด ที่บ้าน
- 11053 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน
- 11058 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน
- 1106 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการบำบัดหม้อเกลือที่บ้าน

11060	การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนั่งถ่านที่บ้าน
1107	การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน
11070	การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน
11071	การให้คำแนะนำ หญิงหลังคลอด และการบริบาลทารกด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน
1108	การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่นๆ ที่บ้าน
11080	การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน
11081	การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน
รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183)	
11100	การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)
11101	การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น
11102	การให้บริการสมาธิบำบัด
11103	การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)
11104	การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเน็ฟแอสซิสต์ (Nerve Assist)
11105	การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)
11110	การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy)
11111	การให้บริการคีโตเจนิคไดเอท (Krtogenic Diet)/อาหารพร่องแป้ง (Low-carb Diet)
11112	การให้บริการแม็คโครไบโอติก (Macrobiotics)
11113	การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน - เย็น
11180	การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)
11181	การให้บริการพลังบำบัดเช่นพลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น
11182	การให้บริการกัวซา (Guasa)
11183	การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับสมดุลร่างกาย ด้วยอาหารและสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาวะที่ดี)
3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง	
รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน	
1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78	
2. รหัสวินิจฉัยรูปแบบกลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification/ Syndrome differentiation in Chinese Medicine) : U79	

เกณฑ์เป้าหมาย			
ร้อยละประชาชนมารับบริการระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย สอน. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่ได้รับบริการปฐมภูมิ ในชุมชน (กิจกรรมบริการบุคคล/เยี่ยมบ้าน)		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ระดับปฐมภูมิ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม (PERSON/ PROVIDER/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ COMMUNITY_SERVICE)		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมด ในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ 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) อย่างไม่อย่างหนึ่ง ทั้งนี้ หากมีการลงหัตถการ หรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า 1 รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ 1 ครั้ง (visit)		
รายการข้อมูล 2	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		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		

ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)			
การติดตามรายไตรมาส	ปีงบประมาณ 2568			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	
1.อำเภอมีแผนการขับเคลื่อน/มีนโยบายการใช้ยา สมุนไพร 10 กลุ่มอาการ เจ็บป่วยเบื้องต้น (Common Diseases) ให้ได้ตามมาตรฐาน CPG	1.หน่วยบริการมีการใช้สมุนไพรทดแทน อย่างน้อย และมีการใช้ยาสมุนไพรอย่างน้อย 5 กลุ่ม อาการเจ็บป่วยเบื้องต้น (Common Diseases)	1.หน่วยบริการมีการบูรณาการ การทำงานร่วมกับภาคี เครือข่าย ได้แก่ พชอ. 3 หมอ ใน การบริการ การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ และมีการใช้ยา สมุนไพรอย่างน้อย 7 กลุ่มอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น (Common Diseases)	1.หน่วยบริการมีการใช้ ยาสมุนไพร 10 กลุ่ม อาการเจ็บป่วยเบื้องต้น (Common Diseases)	
2.ประชาชนมารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก ร้อยละ 41	2.ประชาชนมารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก ร้อยละ 43	2.ประชาชนมารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก ร้อยละ 44	2.ประชาชนมารับบริการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก ร้อยละ 45	
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :				
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568				
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
มีแผน/นโยบายการใช้ยา สมุนไพร 10 กลุ่มอาการ	มีการใช้ยาสมุนไพรอย่างน้อย 5 กลุ่มอาการ	บูรณาการการทำงานร่วมกับภาคี เครือข่าย ได้แก่ พชอ. ,3 หมอ	มีการใช้ยาสมุนไพรอย่างน้อย 7 กลุ่มอาการ	และมีการใช้ยาสมุนไพรอย่างน้อย 10 กลุ่มอาการ
ประชาชนมารับบริการ > มากกว่า ร้อยละ 41	ประชาชนมารับบริการ > มากกว่า ร้อยละ 42	ประชาชนมารับบริการ > มากกว่า ร้อยละ 43	ประชาชนมารับบริการ > มากกว่า ร้อยละ 44	ประชาชนมารับบริการ > มากกว่า ร้อยละ 45
วิธีการประเมินผล :		1. ข้อมูลจาก HDC สสจ. อุบลราชธานี 2. ข้อมูลจากการนิเทศงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		

เอกสารสนับสนุน :					
<ol style="list-style-type: none"> 1. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. คู่มือการนิเทศงาน กรมการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. แนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการในหน่วยบริการปฐมภูมิ 4. หลักสูตรเวชปฏิบัติของแพทย์แผนไทยเพื่อปฏิบัติงานในทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิ 5. ข้อมูลยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่สามารถใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) 					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2565	2566	2567
รพ.สต.		ร้อยละ	35.53	37.53	43.46
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางกนกวรรณ กุแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร. 081-7304585 อีเมลล์ Kanokwan116@hotmail.com				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางปวันรัตน์ โสตแก้ว ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ โทร. 092-24255888 อีเมลล์ Pawanrat.Sot@gmail.com				

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 10	โครงการพัฒนาาระบบบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ตัวชี้วัดที่ (R 33)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร
ค่าถ่วงน้ำหนัก	5 คะแนน
คำนิยาม	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัย Common Diseases and Symptoms ตาม 10 กลุ่มอาการที่กำหนดใน สถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ Common Diseases and Symptoms หมายถึง กลุ่มอาการ/โรคที่พบบ่อย 10 กลุ่มอาการ ดังนี้
กลุ่มอาการ	ยาสมุนไพรที่ใช้ (นิยามตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)
1. กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ M79.1(0-9) M179 M54.9(0-9) M25.5 (0-9) M79.8(0-9) M62.6(0-9)	ยาเถาวัลย์เปรียง สหัสสธรา ไพล ลูกประคบ ยาพริก
2. กลุ่มอาการไข้หวัด ไอ เสมหะ โควิด 19 J00 R09.8 J40 J42 J209 U07.1 U07.2	ฟ้าทะลายโจร/สารสกัด ยาประสะมะแว้ง ยาแก้ไอมะขามป้อม ยาตรีผลา ยาปราบชมพูทวีป
3. กลุ่มอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ R10.1 R14 K297 K259	ขมิ้นชัน ธาตุอบเชย ชิง
4. กลุ่มอาการท้องผูก/ริดสีดวงทวารหนัก K59.0 K64.0 K64.1 K64.2	มะขามแขก ยาผสมเพชรสังฆาต ยาเพชรสังฆาต
5. กลุ่มอาการวิงเวียน/คลื่นไส้ อาเจียน R42 H81.3 T75.3	ยาชิง ยาหอมนวโกฐ ยาหอมอินทจักร์
6. กลุ่มอาการชาจากอัมพฤกษ์-อัมพาต I690 I691 I692 I693 I694 G81	ตำรับยาแก้ลมแก้เส้น ยาทำลายพระสุเมรุ น้ำมันกัญชาสกัด CBD:THC 20:1
7. กลุ่มอาการทางผิวหนัง/แผล B360 R21 L50.9 B029 B009 B353 B354 B356 B372 T20.0 T20.1 T20.2 T21.0 T21.1 T21.2 T22.0 T22.1 T22.2 T23.0 T23.1 T23.2 T24.0T24.1T24.2T25.0T25.1T25.2	ยาพญายอ ยาวานหางจรเข้ ยาบัวบก ยาพลู ยา ทิงเจอร์ทองพันชั่ง ยาเปลือกมังคุด
8. อาการนอนไม่หลับ F51.0 G47.0	ยาสุขไสยาสน์ น้ำมันกัญชา THC 2.0 mg/ml ยา หอมเทพจิตร
9. กลุ่มอาการท้องเสีย A09.9	ฟ้าทะลายโจร ยากล้วย ยาเหลืองปิดสมุทร

10. กลุ่มอาการเบื่ออาหาร R63.0	ยามะระขึ้นก น้ำมันกัญชา THC 2.0 mg/ml		
<p>ยาสมุนไพร หมายถึง ยาแผนไทย ยาแผนโบราณ ยาพัฒนาจากสมุนไพร ตามบัญชียาหลัก แห่งชาติ ตามรายการยาที่กำหนดให้ใช้ตามกลุ่มอาการ/กลุ่มโรคทั่วไป แพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้สั่งจ่าย หมายถึง วิชาชีพแพทย์แผนปัจจุบัน (รหัสประเภทบุคลากร 01) เป็นผู้สั่งจ่ายยาสมุนไพรทั้งยาเดี่ยว และยาคำรับ</p> <p>แพทย์แผนไทยเป็นผู้สั่งจ่าย หมายถึง วิชาชีพแพทย์แผนไทย (รหัสประเภทบุคลากร 085) เป็นผู้สั่งจ่ายยาสมุนไพรทั้งยาเดี่ยว และยาคำรับ</p> <p>วิชาชีพอื่นๆเป็นผู้สั่งจ่าย หมายถึง วิชาชีพอื่น ๆ (รหัสประเภทบุคลากร 03, 04, 05) เป็นผู้สั่งจ่ายยาสมุนไพรทั้งยาเดี่ยว และยาคำรับ</p>			
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>ผลรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น</p>			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมการใช้และเพิ่มการเข้าถึงยาสมุนไพร 2. เพื่อสร้างการรับรู้การใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ ให้เป็นที่ยอมรับให้กับบุคลากร ทางการแพทย์และประชาชน 		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ		
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลจาก HDC ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ข้อมูลเพิ่ม person 1.2 ข้อมูลเพิ่ม provider 1.3 ข้อมูลเพิ่ม service 1.4 ข้อมูลเพิ่ม diagnosis_opd 1.5 ข้อมูลเพิ่ม drug_opd 1.6 ข้อมูลเพิ่ม procedure_opd 2. ข้อมูลจากการเบิกจ่ายของ สปสช./ประกันสังคม/กรมบัญชีกลาง) 		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับการสั่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรายการยาที่กำหนด) โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัยและสั่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรหัสประเภทบุคลากร) ในปีก่อนหน้า		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับการ สั่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรายการยาที่กำหนด) โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัยและสั่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรหัสประเภทบุคลากร) ในปีปัจจุบัน		

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((B-A)/A) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

ขั้นตอน	เกณฑ์การประเมิน
ขั้นที่ 1	<ol style="list-style-type: none"> มีผังโครงสร้าง/นโยบาย/ป้ายประชาสัมพันธ์นโยบายสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน (กระทรวงสาธารณสุข, เขตสุขภาพที่ 10, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ หรือ คณะทำงานในการขับเคลื่อนชัดเจน
ขั้นที่ 2	<ol style="list-style-type: none"> จัดห้องตรวจแพทย์แผนไทยโดยแพทย์แผนปัจจุบัน <ul style="list-style-type: none"> มีแผนผัง (Flow chart) การบริการและการส่งต่อการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน (การคัดกรอง, การรักษา, การรับยา, การF/U) จัดระบบให้แพทย์แผนปัจจุบันง่ายต่อการสั่งยา (ผู้สั่งจ่าย : วิชาชีพอแพทย์แผนปัจจุบัน รหัสประเภทบุคลากร 01, วิชาชีพอแพทย์แผนไทย รหัสประเภทบุคลากร 085, วิชาชีพอื่นๆ รหัสประเภทบุคลากร 03, 04, 05) <ul style="list-style-type: none"> มีระบบคัดกรองโดยพยาบาลก่อนเข้าพบแพทย์ (Exit Nurse) : กรณี รพท./รพช. มีโปรแกรมการสั่งยาใน OPD ให้แพทย์สั่งจ่าย
ขั้นที่ 3	<ol style="list-style-type: none"> มีการใช้ยาสมุนไพรทดแทนการใช้ยาแผนปัจจุบันในกลุ่ม ๑๐ กลุ่มอาการที่แนะนำใช้ยาไทยเป็นทางเลือกแรก <ol style="list-style-type: none"> ปวดกล้ามเนื้อ ไข้หวัด, โควิด -19 ท้องอืด, ท้องเฟ้อ ท้องผูก, ริดสีดวงทวารหนัก วิเวียน, คลื่นไส้อาเจียน อาการชาจากอัมพฤกษ์ – อัมพาต อาการทางผิวหนัง, แผล อาการนอนไม่หลับ อาการท้องเสีย (ไม่ติดเชื้อ) อาการเบื่ออาหาร
ขั้นที่ 4	<ol style="list-style-type: none"> มี Visit การใช้ยาในกลุ่ม 10 กลุ่มอาการที่แนะนำใช้ยาไทยเป็นทางเลือกแรกมากกว่าร้อยละ 10
ขั้นที่ 5	<ol style="list-style-type: none"> มี Visit การใช้ยาในกลุ่ม 10 กลุ่มอาการที่แนะนำใช้ยาไทยเป็นทางเลือกแรกมากกว่าร้อยละ 15

วิธีการประเมินผล :		ประเมินระดับความสำเร็จ Milestone				
ขั้นที่	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5	
1 คะแนน	√					
2 คะแนน	√	√				
3 คะแนน	√	√	√			
4 คะแนน	√	√	√	√		
5 คะแนน	√	√	√	√	√	
เอกสารสนับสนุน :	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการนิเทศงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางกนกวรรณ กุแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ เบอร์โทร. 081-7304585 email : Kanokwan116@hotmail.com 2. นางปริตา วรากรโอฬาร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทร. 081-7304585 email : mai.j4959@gmail.com					
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี					
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางปริตา วรากรโอฬาร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทร. 081-7304585 email mai.j4959 @ gmail.com					

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 11	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ตัวชี้วัดที่ (R 34)	ความสำเร็จในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยออทิสติก โรคมาริสน์
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยออทิสติก หมายถึง เด็กอายุระหว่าง 2-5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติก (Autism spectrum disorder) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F84.0-84.9 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)</p> <p>เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน หมายถึง การที่เด็กอายุระหว่าง 2-5 ปี ผู้ซึ่งได้รับ การวินิจฉัย ว่าเป็นโรคออทิสซึม ได้รับการบริการตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับ รพศ./รพท./รพช./ รพ.สต. หรือได้รับการช่วยเหลือ ตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p> <p>การประเมินเด็กเสี่ยงออทิสติก หมายถึง การประเมินเด็กกลุ่มอายุ 2-5 ปี โดยใช้แบบประเมินPervasive Developmental Disorder Screening Questionnaire (PDDSQ) ตามช่วงอายุ โดยใช้แบบคัดกรองฉบับสำหรับเด็กอายุ 1-4 ปี และฉบับอายุ 4-18 ปี บิดา มารดา ญาติ/ผู้ดูแลเด็ก เป็นผู้ประเมิน เด็กจากการสังเกตลักษณะพฤติกรรมหรือปัญหาที่เด็กแสดงออก ทั้งนี้ หากพบความเสี่ยง ต้องได้รับการส่งต่อเพื่อพบพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ที่คลินิกจิตเวชเด็กฯ ในโรงพยาบาลเพื่อทำการประเมินเด็กซ้ำ และส่งเด็กกลุ่มเสี่ยงเข้าพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย</p> <p>TDAS (Thai Diagnostic Autism Scale) หมายถึง เครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึม ในระยะเริ่มแรก สำหรับเด็กไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะให้ผลการประเมินเป็นการวินิจฉัยอย่างมีหลักฐานให้กับแพทย์ โดยเครื่องมือนี้ สามารถใช้ได้ในสาขาชีพได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา และนักเวชศาสตร์การสื่อสาร</p> <p>ผู้ป่วยมาริสน์ หมายถึง เด็กอายุระหว่าง 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมาริสน์ (Attention - deficit/ hyperactivity disorder) ตามมาตรฐานการจำแนก</p>

	<p>โรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F90.0-90.9 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)</p> <p>เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน หมายถึง การที่เด็กอายุระหว่าง 6-15 ปี ผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ได้รับการบริการตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับ รพศ./รพท./รพช./ รพสต. หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>1. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคออทิสติกในเด็ก 2-5 ปี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70</p> <p>2. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70</p>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคออทิสติก และผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์อย่างทัน่วงที เพราะการรักษาโรคนี้ต้องใช้เวลาและอาศัยความร่วมมือทั้งจากตัวเด็ก พ่อแม่ผู้ปกครองและคุณครูผู้สอน ซึ่งต้องใช้หลายศาสตร์ร่วมกันเพื่อผลการรักษาที่ดี</p> <p>2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตเด็กปฐมวัย เด็กวัยเรียนวัยรุ่น สู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการดูแลช่วยเหลือเด็กปฐมวัยเด็กวัยเรียนวัยรุ่น ต่อไป</p>
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>1. กลุ่มผู้ป่วยโรคออทิสติก เป้าหมายคือเด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านจังหวัดอุบลราชธานี (5 ปี หมายถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p> <p>2. กลุ่มผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น เป้าหมายคือเด็กอายุ 6-15 ปี ที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านจังหวัดอุบลราชธานี (15 ปี หมายถึง 15 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>บันทึกข้อมูลการให้บริการเด็กโรคออทิสติก และโรคสมาธิสั้น ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ในหน่วยบริการ (43 แห่ง) และส่งข้อมูลเข้า HDC จังหวัดอุบลราชธานี ทุกเดือน</p>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>1. สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง</p> <p>2. ฐานข้อมูลกลาง Health Data Center (HDC) จังหวัดอุบลราชธานี</p>
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A1 = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสติกอายุ 2-5 ปี</p> <p>A2 = จำนวนผู้ป่วยอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี</p>
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B1 = จำนวนเป้าหมายผู้ป่วยโรคออทิสติกในเด็กอายุ 2-5 ปี คาดประมาณการณ์จากความชุก (ร้อยละ 1) กรมสุขภาพจิต</p>

	B2 = จำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี คาดประมาณการณ์จากความชุก (ร้อยละ 5.4) กรมสุขภาพจิต สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนดเป้าหมายรายอำเภอให้ โดยคำนวณจากประชากรกลางปี ปี 2566	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. โรคออทิสติก (A1/B1)×100 2. โรคสมาธิสั้น (A2/B2)×100	
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)	
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :		
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568		
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568		
1. จัดทำโครงการ/แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน ค้นหา คัดกรองตามรายชื่อกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ (0.5 คะแนน)		
2. กลุ่มเสี่ยงออทิสติก ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่เพิ่มขึ้นจากปี 2567 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5 (คะแนนเต็ม 1.5 คะแนน)		
	ค่าคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	0 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 3.00
	0.5 คะแนน	ร้อยละ 3.00 – 4.99
	1.5 คะแนน	≥ ร้อยละ 5
3. เด็กอายุ 2-5 ปี ที่พบความเสี่ยง ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคออทิสติก ≥ ร้อยละ 70 (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)		
	ค่าคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	0 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 50
	1 คะแนน	ร้อยละ 50 – 69.99
	2 คะแนน	≥ ร้อยละ 70
4. กลุ่มเสี่ยงสมาธิสั้น ได้รับการตรวจวินิจฉัยป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น (ผลงานสะสม ปี 56-68) ≥ ร้อยละ 70 (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)		
	ค่าคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	0 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 50
	0.5 คะแนน	ร้อยละ 50 – 69.99
	1 คะแนน	≥ ร้อยละ 70
ประเมินทีละข้อ (นำคะแนนมารวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน)		
เอกสารสนับสนุน :	ข้อมูลจาก HDC จังหวัดอุบลราชธานี	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data		

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
การเข้าถึงบริการโรคอหิวาต์ ≥ ร้อยละ 70	ร้อยละ	50.32 (≥ 55%)	83.89 (≥ 52 %)	63.70 (≥ 55 %)
การเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้น ≥ ร้อยละ 70	ร้อยละ	33.02 (≥35 %)	56.69 (≥ 35%)	63.56 (≥ 38 %)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเนาวรัตน์ สืบภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241-918 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 082-165-3914			
หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิต และยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241-918 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 091-828-0179			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 11	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ตัวชี้วัดที่ (R 35)	ความสำเร็จของเด็กวัยเรียนวัยร่นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ และทักษะสังคม ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้นด้วยระบบ School Health HERO
ค่าถ่วงน้ำหนัก	0.5 คะแนน
คำนิยาม	เด็กวัยเรียนวัยร่นกลุ่มเสี่ยง หมายถึง นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง มัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสำนักงานคณะกรรมการการศึกษา ขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม (พฤติกรรมเกรเร-ความรุนแรง) กลุ่มเสี่ยงต่อปัญหา ทางอารมณ์ (ซึมเศร้า-วิตกกังวล) และกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาทักษะ สังคม (การกลั่นแกล้งรังแก) ซึ่งได้รับการค้นหา (early detection) โดยครูใช้เครื่องมือ สังเกตอาการ 9SPlus (Red Flag และ 9S) ในฐานข้อมูล School Health HERO และ พบว่ามีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ และได้รับการประเมินด้วย SDQ ฉบับครูประเมิน

นักเรียน ก่อนการช่วยเหลือ (pre-intervention assessment : SDQ1) ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567

ระบบ School Health HERO (Health and Educational Reintegrating Operation) หมายถึง ระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ ที่ออกแบบให้เป็นแอปพลิเคชันบนเว็บไซต์ เพื่อให้ครูใช้เฝ้าระวัง เรียนรู้ และรับคำปรึกษาเพื่อดูแลนักเรียนที่เสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และทักษะสังคม โดย School Health HERO ได้ถูกพัฒนาขึ้นสำหรับครูระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 เพื่อเฝ้าระวังปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และทักษะสังคม ของเด็กและวัยรุ่น ทำให้ครูค้นหาเด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยงได้เร็วขึ้นโดยไม่เพิ่มภาระ เนื่องจากระบบรายงานผลการประเมินนักเรียน ให้ทันที นอกจากนี้เมื่อครูดูแลนักเรียนแล้วไม่ดีขึ้นครูสามารถขอคำปรึกษาจาก ที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต (HERO Consultant) ในทุกอำเภอผ่านแอปพลิเคชัน การดูแลช่วยเหลือ หมายถึง เด็กวัยเรียน วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือโดยบุคลากรใน สถานศึกษาด้วยกิจกรรม ดังนี้

1) การปรับพฤติกรรมนักเรียน 2) พัฒนาทักษะชีวิต 3) ให้การปรึกษาเด็กหรือผู้ปกครอง 4) ปรึกษาครูแนะแนว 5) ปรึกษานักจิตวิทยาโรงเรียน 6) ส่งปรึกษา HERO Consultant

HERO Consultant คือ พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตเด็ก นักจิตวิทยา หรือผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ที่สมัครเป็น HERO Consultant มีหน้าที่ให้คำปรึกษาคุณครูที่ขอคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต ผ่านระบบ School Health HERO เพื่อดูแลช่วยเหลือเด็กวัยเรียนวัยรุ่น กลุ่มเสี่ยงให้ดีขึ้นภายในปีการศึกษาเดียวกันกับที่ครูขอปรึกษา

การดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้นด้วยระบบ School Health HERO หมายถึง เด็กวัยเรียนวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามระบบการดูแลช่วยเหลือ นักเรียนของโรงเรียน ผ่านระบบ School Health HERO แล้วพบปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม ลดลง จากการประเมินของครูที่ปรึกษาในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2567 ด้วยแบบประเมิน SDQ ฉบับครูประเมินนักเรียน (post-interventional assessment : SDQ2) พบว่า เด็กวัยเรียน วัยรุ่นรายเดิม มีค่าคะแนนจุดอ่อนทั้ง 4 ด้าน (ปัญหาด้านอารมณ์, ปัญหาพฤติกรรมเกร, ปัญหาพฤติกรรม อยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น และปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน) ลดลงหรือเท่าเดิม เมื่อเปรียบเทียบกับ SDQ1 โดยไม่มี คะแนนจุดอ่อนด้านใดเพิ่มขึ้น จนเปลี่ยนระดับ (เช่น จากปกติเป็นเสี่ยง หรือ จากเสี่ยงเป็นมีปัญหา เป็นต้น) หรือ คะแนนจุดอ่อนไม่เปลี่ยนแปลง (ในกรณีที่ SDQ1 มีคะแนนจุดอ่อนอยู่ในระดับปกติ)

เกณฑ์เป้าหมาย			
<p>1. เด็กวัยเรียนวัยรุ่มกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และทักษะสังคม ได้รับการดูแล ช่วยเหลือจนดีขึ้น ด้วยระบบ School Health HERO (ร้อยละ 76)</p> <p>2. HERO Consultant ให้การปรึกษาครู จากจำนวนคำขอการปรึกษาระบบ School Health HERO (ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2567 และภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2568) (ร้อยละ 100)</p>			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อเฝ้าระวัง เรียนรู้ และรับการปรึกษาเพื่อดูแลนักเรียนที่เสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และทักษะ สังคมด้วยแบบเฝ้าระวัง 9S Plus และ SDQ ที่คุณครูและบุคลากรทางการศึกษาเป็นผู้ประเมินและดูแลช่วยเหลือ นักเรียน</p> <p>2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนวัยรุ่ม ให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต ได้ทันทั่วถึง</p> <p>3. ส่งเสริม ป้องกันการเกิดปัญหาการล้อเลียน รังแกกัน (Bullying) และเฝ้าระวังปัญหา ภาวะซึมเศร้าในวัยเรียนวัยรุ่ม ในโรงเรียน</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง มัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหา พฤติกรรม (พฤติกรรมเกร-ความรุนแรง) กลุ่มเสี่ยงต่อปัญหา ทางอารมณ์ (ซึมเศร้า-วิตกกังวล) และกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาทักษะสังคม (การกลั่นแกล้งรังแก) ที่กำลังศึกษาอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี</p>		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. HERO Consultant ในสถานบริการสาธารณสุข รพท. / รพช. ตรวจสอบติดตาม คำขอการปรึกษาจากครู ทุกวันจันทร์ของเดือน (ผ่าน E-mail) และคืนข้อมูลเด็ก กลุ่มเสี่ยงให้ สสอ./รพ.สต. ติดตามดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง</p> <p>2. บันทึกการให้การปรึกษาปัญหาเด็กกลุ่มเสี่ยงจากครูในระบบ School Health HERO</p>		
แหล่งข้อมูล	<p>รพท./ รพช. /ฐานข้อมูล HERO Dashboard ระบบ School Health HERO จากศูนย์สุขภาพจิตที่ 10</p>		
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนเด็กวัยเรียนและวัยรุ่มกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น ด้วยระบบ School Health HERO ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2567</p>		
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนเด็กวัยเรียนและวัยรุ่มกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ และได้ประเมิน SDQ1 และ SDQ2 ในปีการศึกษา 2567</p>		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>$(A/B) \times 100$ (ร้อยละของเด็กวัยเรียนวัยรุ่มกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น ด้วยระบบ School Health HERO)</p>		

รายการข้อมูล 3	C = จำนวนการให้การปรึกษาครูโดย HERO Consultant บนระบบ School Health HERO
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนคำขอการปรึกษาจากครูบนระบบ School Health HERO
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(C/D) \times 100$ (ร้อยละของการให้การปรึกษาครูโดย HERO Consultant จากจำนวนคำขอการปรึกษาจากครูบนระบบ School Health HERO (ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2567 และภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2568))
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 : <u>รอบที่ 1</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568 <u>รอบที่ 2</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568	
กำหนดการดำเนินงาน เด็กวัยเรียนวัยรุ่มกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแล ช่วยเหลือจนดีขึ้นด้วยระบบ School Health HERO 4 ข้อ ดังนี้ 1. มีจำนวน HERO Consultant (ผู้ให้การปรึกษา) มากกว่า 1 คน ในสถานบริการสาธารณสุข รพท. / รพช. (1 คะแนน) 2. ผลการดำเนินงานเด็กวัยเรียนวัยรุ่มกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และทักษะสังคม ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้นด้วยระบบ School Health HERO (ร้อยละ 76) - ผลการดำเนินงาน HERO Consultant ให้การปรึกษาครูจากจำนวนคำขอการปรึกษาจากครูบนระบบ School Health HERO (ร้อยละ 100)	
1. ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้นด้วยระบบ School Health HERO (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)	
ค่าคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
0 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 50
0.5 คะแนน	ร้อยละ 50 – 59.99
2 คะแนน	≥ ร้อยละ 76
2. HERO Consultant ให้การปรึกษาครู (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)	
ค่าคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
0 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 50
0.5 คะแนน	ร้อยละ 50 – 59.99
2 คะแนน	ร้อยละ 100
ประเมิน 3 ข้อ แล้วนำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data	

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
ร้อยละของเด็กร้อยเรียนวัยรุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือ จนดีขึ้นด้วยระบบ School Health HERO (ร้อยละ 76)	ร้อยละ			55.58 (70%)
ร้อยละของการให้การปรึกษาครูโดย HERO Consultant จาก จำนวนคำขอ การปรึกษาจากครูในระบบ School Health HERO (ร้อยละ 100)	ร้อยละ			87.98 (50%)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเนาวรัตน์ สืบภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241918 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 082-165-3914			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิต และยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241-918 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 091-828-0179			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 11	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ตัวชี้วัดที่ (R 36)	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจ จะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น</p> <p>ผู้พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempt) หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมที่มุ่งทำร้าย ตนเอง แต่ไม่ถึงกับเสียชีวิต โดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น และผลของการ พยายามฆ่าตัวตาย อาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้อง ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems-10) หมวด Intentional self-harm (X60 - X84)</p>

	<p>การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามแนวทาง 7 กิจกรรม ดังนี้ (1) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันท่วงที (2) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) (3) ได้รับการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง เพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำเนิน รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน (4) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยเสี่ยง (5) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องและดำเนิน การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย (6) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการเสริมสร้างความรู้และทักษะสังเกตสัญญาณเตือน และมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการ ฆ่าตัวตายในพื้นที่ และ (7) ได้รับการเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เช่น ได้รับการประเมิน 8Q ทุกครั้งที่มารับบริการ หรือประเมินระหว่างติดตามเยี่ยมบ้าน</p> <p>(หมายเหตุ : กิจกรรมที่ 4-5 อาจทดแทนกิจกรรมของการดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐาน ด้วยวิธีอื่นหรือได้รับ Intervention อื่นๆ เช่น Counseling, Psychotherapy, Family Counseling การรักษาด้วยยา เป็นต้น ส่งผลให้ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี)</p> <p>คปสอ.ผลักดันให้เกิดกิจกรรม/โครงการฯ เพื่อดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ ตำบล ตาม 5 มาตรการ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มาตรการพัฒนาปรับปรุงระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตายระดับจังหวัด 2. มาตรการติดตามเฝ้าระวังป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง 3. มาตรการช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย 4. มาตรการสนับสนุนการสอบสวนโรครณีพยายามฆ่าตัวตาย และกระทำรุนแรงต่อตนเองในจังหวัด 5. มาตรการเสริมสร้าง ปัจจัยปกป้อง และดำเนิน การเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ใช้ฆ่าตัวตายในพื้นที่ 			
<p>เกณฑ์เป้าหมาย เกณฑ์เป้าหมายหลัก : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ</p>				
	<p>ปีงบประมาณ2568 ≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน</p>	<p>ปีงบประมาณ2569 ≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน</p>	<p>ปีงบประมาณ2570 ≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน</p>	
<p>เกณฑ์เป้าหมายย่อย : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ</p>				

	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75
วัตถุประสงค์	<p>เป้าหมายหลัก</p> <p>1. เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชน</p> <p>เป้าหมายย่อย</p> <p>1. เพื่อใช้วัดผลลัพธ์ของการดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตายหรือผู้พยายามฆ่าตัวตาย และการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพของผู้ฆ่าตัวตายที่ดำเนินการภายใต้ระบบสุขภาพในพื้นที่</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>เป้าหมายหลัก : ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกจังหวัด</p> <p>เป้าหมายย่อย : ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่กระทำในช่วงเวลา 1 ปีงบประมาณ (วันที่ 1 เดือนตุลาคม 2567 - กันยายน 2568)</p> <p>*จำนวนผู้ฆ่าตัวตาย และผู้พยายามฆ่าตัวตาย นับเป้าหมายตามพื้นที่ที่เกิดเหตุ</p>		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ตัวชี้วัดหลัก : จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ รวบรวมจาก รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506S version 11. (เพื่อความถูกต้อง รวดเร็วของการรายงานข้อมูล)</p> <p>ตัวชี้วัดย่อย : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย รวบรวมจาก ข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข และรายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506S version 11.</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>1) ข้อมูล จาก Health Data Center (HDC) จะเป็นการรายงานข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการยังหน่วยบริการสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมในผู้ที่ทำร้ายตนเองที่บาดเจ็บไม่รุนแรงและไม่ได้มารับบริการ ควรสนับสนุนให้มีการลงพื้นที่เพื่อสอบสวนโรคทุกรายที่แจ้งจากศูนย์แจ้งเหตุ และบันทึกข้อมูลลงในรายงาน รง 506 S version 11 จะเป็นประโยชน์ต่อการมีฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและบ่งบอกถึงเหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตายในพื้นที่</p> <p>2) ข้อจำกัดของการตรวจสอบข้อมูลของการฆ่าตัวตายซ้ำเดือนกันยายน เมื่อผู้พยายามฆ่าตัวตายกระทำในเดือนตุลาคม 2567 และทำซ้ำอีกครั้ง ในช่วงตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2568 เป็นต้นไป ดังนั้น ควรมีการตรวจสอบข้อมูลและเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองในช่วงระยะเวลาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง</p>		
แหล่งข้อมูล	<p>เป้าหมายหลัก :</p> <p>1.) ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร ของกระทรวงมหาดไทย</p> <p>2.) แบบเฝ้าระวัง การพยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต และกรณีไม่เสียชีวิต</p> <p>รง506.S version 11</p>		

	<p>3.) การบันทึกข้อมูลผู้ทำร้ายตนเอง (เสียชีวิต) ในหน่วยบริการ (43 แห่ง) และส่งเข้าระบบ HDC ทุกเดือน</p> <p>เป้าหมายย่อย :</p> <p>1.) ผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดและผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ได้จากข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2567
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนประชากรกลางปี 2567</p> <p>**หมายเหตุ สำหรับไตรมาส 1 และ 2 ใช้ประชากรปลายปี 2566 สำหรับไตรมาส 3 และ 4 ใช้ประชากรกลางปี 2567</p>
รายการข้อมูล 3	<p>C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>(คำอธิบาย : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่ทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่เสียชีวิต เข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามแนวทาง 7 กิจกรรม หรือแนวทางมาตรฐานอื่นๆ ของหน่วยงาน (ตามคำนิยาม: การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ) (แหล่งข้อมูล : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัด รายเขตสุขภาพ จากการรายงาน รง 506 S version 11)</p>
รายการข้อมูล 4	<p>D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด</p> <p>(คำอธิบาย : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดในพื้นที่ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568 (แหล่งข้อมูล : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย (ตามหลักการวินิจฉัย หมวด Intentional self - harm (X60-X84)) จาก Health Data Center (HDC) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568)</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ตัวชี้วัดหลัก : $(A/B) \times 100,000$</p> <p>ตัวชี้วัดย่อย : $(C/D) \times 100$</p>
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)
<p>เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :</p> <p><u>รอบที่ 1</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568</p> <p><u>รอบที่ 2</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568</p>	

อำเภอมีการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1-5

1. สถานการณ์และการจัดทำแผน (1 คะแนน)

1.1 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ การฆ่าตัวตายในพื้นที่ ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี วิเคราะห์หาช่องว่าง ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบ พร้อมนำเสนอกรอบแนวคิดหรือมาตรการในการแก้ไขปัญหาในเขตที่รับผิดชอบ (0.5 คะแนน)

1.2 มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ /กิจกรรม การป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย: ปัจจัยปกป้อง และต้านกันในพื้นที่ (0.5 คะแนน)

2. มีกิจกรรมขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ (1 คะแนน)

2.1 มีการขับเคลื่อนบูรณาการป้องกันการฆ่าตัวตายและปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ผ่านกลไกคณะกรรมการ พชอ./พชต. (0.5 คะแนน)

2.2 มีการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (ดำเนินงานใน รพ.สต.อย่างน้อย 1 แห่ง) (0.5 คะแนน)

3. มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อเฝ้าระวังต่อเนื่อง ตามแนวทาง 7 กิจกรรมที่กำหนด (1 คะแนน)

3.1 มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิตและจิตเวช (0.5 คะแนน)

3.2 มีการบูรณาการ ดูแลช่วยเหลือเคสยุ่งยากซับซ้อน ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน (0.5 คะแนน)

4. มีการบันทึกรายงานแบบเฝ้าระวัง รง.506 s v.11 กรณีฆ่าตัวตาย หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence,SDV) ในระบบโปรแกรมรายงานของศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย รพ. จิตเวชขอนแก่นฯ ครบถ้วน ถูกต้อง ตามห้วงเวลาที่กำหนด (1 คะแนน)

5. ผลการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย (1 คะแนน)

5.1 การฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.00 อัตราต่อประชากรแสนคน (0.5 คะแนน)

5.2 การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพของผู้พยายามฆ่าตัวตาย \geq ร้อยละ 65 (0.5 คะแนน)

ระดับค่าคะแนน	ระดับความสำเร็จ				
	1	2	3	4	5
1 คะแนน	/				
2 คะแนน	/	/			
3 คะแนน	/	/	/		
4 คะแนน	/	/	/	/	
5 คะแนน	/	/	/	/	/

วิธีการประเมินผล :	ประเมินแบบ Mile Stone
เอกสารสนับสนุน :	1.ข้อมูลจากฐานข้อมูล https://suicide.dmh.go.th/ 2.แบบ รง 506.S 3.ระบบข้อมูลใน HDC

4. ข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
อัตราการฆ่าตัวตาย (จาก รง.506S)	อัตราต่อประชากร แสนคน	6.21 (116 คน)	6.84 (128 คน)	6.98 (130 คน)
การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพของผู้พยายาม ฆ่าตัวตาย	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานสุขภาพจิต กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 091-828-0179 โทร 045-262-692 ต่อ 301 E-mail : mentalhealthubon@gmail.com			
หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานสุขภาพจิต กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 091-8280179 โทร 045-262-692 ต่อ 301 E-mail : mentalhealthubon@gmail.com			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy								
แผนงานที่ 5	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)								
โครงการที่ 11	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช								
ตัวชี้วัดที่ (R 37)	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษ								
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน								
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental illness with High Risk to Violence : SMI-V) (กรมสุขภาพจิต,2563) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวัง และดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ /ก่อความรุนแรงซ้ำ</p> <p>ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยมารับบริการที่สถานพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตาม ICD-10 รหัส F00.X-F99.X หรือ รหัส X60.X-X84.X ได้รับการประเมินและบันทึกรหัสผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม (SPECIAL PP) กระทรวงสาธารณสุข มีรหัสอยู่ในช่วง 1B030 - 1B033 ต่อไปนี้</p> <table border="1"> <tr> <td>1B030</td> <td>การประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต</td> </tr> <tr> <td>1B031</td> <td>การประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุกรรมรุนแรงในชุมชน</td> </tr> <tr> <td>1B032</td> <td>การประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบมีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่มุ่งร้าย</td> </tr> <tr> <td>1B033</td> <td>การประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)</td> </tr> </table> <p>การดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการสาธารณสุข และเครือข่าย ในเขตสุขภาพ มีการติดตามเฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วย SMI-V หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน โดยมีการประสานงานส่งต่อ จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรทางสาธารณสุข และ หรือนัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) ตามเกณฑ์ต่อไปนี้</p>	1B030	การประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต	1B031	การประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุกรรมรุนแรงในชุมชน	1B032	การประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบมีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่มุ่งร้าย	1B033	การประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)
1B030	การประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต								
1B031	การประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุกรรมรุนแรงในชุมชน								
1B032	การประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบมีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่มุ่งร้าย								
1B033	การประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)								

ปีที่ 1 หลังได้รับการวินิจฉัย SMI-V	ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 365 วัน
ปีที่ 2 เป็นต้นไป	ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการติดตามอย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 365 วัน

โดยมีการลงรหัสการติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม (SPECIAL PP) ดังนี้

1B037	ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าก่อเหตุความรุนแรง ทำร้ายตัวเอง/ทำร้ายผู้อื่น/ก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง ได้รับการติดตาม
-------	--

ก่อความรุนแรงซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์แล้ว แต่พบว่าก่อความรุนแรงซ้ำ จึงต้องยืนยันการประเมินว่าก่อความรุนแรงซ้ำ เพื่อลงรหัสรหัสใดรหัสหนึ่ง 1B030 - 1B033 โดยไม่ลงรหัสการติดตาม 1B037 ใน visit เดียวกัน

ผู้ป่วยจิตเวชคดี หมายถึง บุคคลที่กระทำความผิดกฎหมายในทุกฐานความผิดแล้วถูกคุมขังอยู่ในเรือนจำ ทั้ง 143 แห่งทั่วประเทศโดยการคุมตัว กัก กักกัน ชัง กักขัง จำขัง หรือ จำคุก ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแล้วได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากจิตแพทย์หรือแพทย์ทั่วไปทั้งในและนอกเรือนจำ หรือตรวจผ่านระบบTelepsychiatry รวมทั้งกรณีเจ้าหน้าที่ในเรือนจำขอรับยาแทนผู้ต้องขังจิตเวช หรือการขอรับยาเดิมโดย ผู้ต้องขังจิตเวช ไม่ได้พบจิตแพทย์หรือแพทย์

ผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษ หมายถึง นักโทษเด็ดขาดที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และได้รับการปล่อยตัวหรือพ้นโทษจากเรือนจำ

ผู้ป่วยจิตเวชคดีตามมาตรา 3 หลังพ้นโทษ หมายถึง นักโทษเด็ดขาดฐานความผิดที่ระบุในมาตรา 3 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ตามพระราชบัญญัติมาตรการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในความผิดเกี่ยวกับเพศหรือที่ใช้ความรุนแรง พ.ศ. 2565 ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และได้รับการปล่อยตัวหรือพ้นโทษจากเรือนจำ

การติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การติดตามดูแลรักษา ช่วยเหลือและประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชคดี และผู้ป่วยจิตเวชคดีตามมาตรา 3 อย่างต่อเนื่อง หลังพ้นโทษกลับสู่ชุมชน ป้องกันการก่อคดีซ้ำอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางจิต โดยผู้ป่วยจิตเวชคดีพ้นโทษจะต้องได้รับการติดตาม **ทุก 3 เดือน เป็นระยะเวลา 1 ปี** (หากผู้ป่วยจิตเวชคดีพ้นโทษไม่ได้รับการติดตามทุก 3 เดือน เป็นระยะเวลา 1 ปี จะไม่ถูกนับเป็นจำนวนรวมสะสม)

ผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชคดี และผู้ป่วย จิตเวชคดีตามมาตรา 3 ที่ได้รับการติดตามดูแลหลังปล่อยตัวหรือพ้นโทษให้เข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี เก็บรวบรวมข้อมูล และ

	นำข้อมูลมาบันทึกลงบนระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ตาม URL: https://niti.dmh.go.th/ ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่ใช้บันทึก และเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชคดีทั่วประเทศ ใช้ในการกำกับติดตามให้ผู้ป่วยจิตเวชคดีเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งในขณะที่อยู่ในเรือนจำ และภายหลังปล่อยตัว
เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์เป้าหมาย 1 : ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental illness with High Risk to Violence : SMI-V) ได้รับการติดตามการดูแลต่อเนื่อง จนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ \geq ร้อยละ 85 เกณฑ์เป้าหมาย 2 : ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษ ได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง \geq ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental illness with High Risk to Violence : SMI-V) ได้รับการติดตามการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชคดีได้เข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่องและป้องกันการก่อคดีซ้ำ เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่ 2. ผู้ป่วยโรคจิตเวชคดีหลังพ้นโทษได้รับการจำหน่ายกลับภูมิลำเนา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.สถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจัดเก็บข้อมูลและส่งรายงานตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม ตามระบบรายงานฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC) 2.การบันทึกข้อมูลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยนิติจิตเวชหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีคดี ในฐานข้อมูลนิติ จิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
แหล่งข้อมูล	1.จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2.ฐานข้อมูลนิติจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
รายการข้อมูล 1	A = ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ
รายการข้อมูล 2	B = ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนรวมสะสมของผู้ป่วยจิตเวชคดีพ้นโทษที่อยู่ในพื้นที่ ได้รับการติดตาม และบันทึกข้อมูลลงบนระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2567 เป็นต้นไป
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนรวมสะสมของผู้ป่วยจิตเวชคดีพ้นโทษจากทุกเรือนจำ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2567 เป็นต้นไป

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ</p> $= (A/B) \times 100$ <p>2. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษ ได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> $= (C/D) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)										
<p>เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :</p> <p>รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568</p> <p>รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568</p>											
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="169 745 1275 801">เกณฑ์การประเมิน</th> <th data-bbox="1275 745 1458 801">คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="169 801 1275 1081"> <p>1. สถานการณ์และการจัดทำแผน</p> <p>1.1 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ / จัดทำแผนงาน โครงการแก้ไขปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบ (0.5 คะแนน)</p> <p>1.2 จัดทำทะเบียนข้อมูลกลุ่มเสี่ยง, กลุ่มป่วย SMI-V และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษ ทำแผนบูรณาการติดตามเยี่ยมในพื้นที่ตามระดับความรุนแรง (0.5 คะแนน)</p> </td> <td data-bbox="1275 801 1458 1081">1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="169 1081 1275 1361"> <p>2. สถานบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการ และเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วย SMI-V (Pre – host, In – host, Post - host) ระดับอำเภอ ตำบลอย่างเป็นระบบ</p> <p>2.1 สถานบริการมีการประเมินการจัดบริการ Acute care และจัดทำแผนพัฒนาในส่วนขาด (0.5 คะแนน)</p> <p>2.2 มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย SMI-V ภายในระดับอำเภอ (0.5 คะแนน)</p> </td> <td data-bbox="1275 1081 1458 1361">1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="169 1361 1275 1641"> <p>3. มีการขับเคลื่อนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยง SMI-V ในระดับอำเภอ</p> <p>3.1 การพัฒนาทีมบุคลากรสาธารณสุข และเครือข่าย CBTx อำเภอ ให้มีความรู้ในการเฝ้าระวังติดตามดูแลผู้ป่วย SMI-V ในพื้นที่ (0.5 คะแนน)</p> <p>3.2 การนำเสนอ ส่งคืนข้อมูลประเด็นเกี่ยวข้องกับ SMI-V ในเวทีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ) (0.5 คะแนน)</p> </td> <td data-bbox="1275 1361 1458 1641">1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="169 1641 1275 1921"> <p>4. มีการบันทึกการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษ ลงบนระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ครบถ้วน ถูกต้อง ตามเวลาที่กำหนด (URL : http://niti.dmh.go.th) (เลือก 1 ข้อ)</p> <p>4.1 บันทึกครบถ้วน ถูกต้อง ตามเวลาที่กำหนด (1 คะแนน)</p> <p>4.2 บันทึกไม่ครบถ้วน ถูกต้อง ตามเวลาที่กำหนด (0.5 คะแนน)</p> </td> <td data-bbox="1275 1641 1458 1921">1 คะแนน</td> </tr> </tbody> </table>		เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	<p>1. สถานการณ์และการจัดทำแผน</p> <p>1.1 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ / จัดทำแผนงาน โครงการแก้ไขปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบ (0.5 คะแนน)</p> <p>1.2 จัดทำทะเบียนข้อมูลกลุ่มเสี่ยง, กลุ่มป่วย SMI-V และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษ ทำแผนบูรณาการติดตามเยี่ยมในพื้นที่ตามระดับความรุนแรง (0.5 คะแนน)</p>	1 คะแนน	<p>2. สถานบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการ และเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วย SMI-V (Pre – host, In – host, Post - host) ระดับอำเภอ ตำบลอย่างเป็นระบบ</p> <p>2.1 สถานบริการมีการประเมินการจัดบริการ Acute care และจัดทำแผนพัฒนาในส่วนขาด (0.5 คะแนน)</p> <p>2.2 มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย SMI-V ภายในระดับอำเภอ (0.5 คะแนน)</p>	1 คะแนน	<p>3. มีการขับเคลื่อนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยง SMI-V ในระดับอำเภอ</p> <p>3.1 การพัฒนาทีมบุคลากรสาธารณสุข และเครือข่าย CBTx อำเภอ ให้มีความรู้ในการเฝ้าระวังติดตามดูแลผู้ป่วย SMI-V ในพื้นที่ (0.5 คะแนน)</p> <p>3.2 การนำเสนอ ส่งคืนข้อมูลประเด็นเกี่ยวข้องกับ SMI-V ในเวทีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ) (0.5 คะแนน)</p>	1 คะแนน	<p>4. มีการบันทึกการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษ ลงบนระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ครบถ้วน ถูกต้อง ตามเวลาที่กำหนด (URL : http://niti.dmh.go.th) (เลือก 1 ข้อ)</p> <p>4.1 บันทึกครบถ้วน ถูกต้อง ตามเวลาที่กำหนด (1 คะแนน)</p> <p>4.2 บันทึกไม่ครบถ้วน ถูกต้อง ตามเวลาที่กำหนด (0.5 คะแนน)</p>	1 คะแนน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน										
<p>1. สถานการณ์และการจัดทำแผน</p> <p>1.1 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ / จัดทำแผนงาน โครงการแก้ไขปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบ (0.5 คะแนน)</p> <p>1.2 จัดทำทะเบียนข้อมูลกลุ่มเสี่ยง, กลุ่มป่วย SMI-V และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษ ทำแผนบูรณาการติดตามเยี่ยมในพื้นที่ตามระดับความรุนแรง (0.5 คะแนน)</p>	1 คะแนน										
<p>2. สถานบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการ และเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วย SMI-V (Pre – host, In – host, Post - host) ระดับอำเภอ ตำบลอย่างเป็นระบบ</p> <p>2.1 สถานบริการมีการประเมินการจัดบริการ Acute care และจัดทำแผนพัฒนาในส่วนขาด (0.5 คะแนน)</p> <p>2.2 มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย SMI-V ภายในระดับอำเภอ (0.5 คะแนน)</p>	1 คะแนน										
<p>3. มีการขับเคลื่อนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยง SMI-V ในระดับอำเภอ</p> <p>3.1 การพัฒนาทีมบุคลากรสาธารณสุข และเครือข่าย CBTx อำเภอ ให้มีความรู้ในการเฝ้าระวังติดตามดูแลผู้ป่วย SMI-V ในพื้นที่ (0.5 คะแนน)</p> <p>3.2 การนำเสนอ ส่งคืนข้อมูลประเด็นเกี่ยวข้องกับ SMI-V ในเวทีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ) (0.5 คะแนน)</p>	1 คะแนน										
<p>4. มีการบันทึกการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษ ลงบนระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวชของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ครบถ้วน ถูกต้อง ตามเวลาที่กำหนด (URL : http://niti.dmh.go.th) (เลือก 1 ข้อ)</p> <p>4.1 บันทึกครบถ้วน ถูกต้อง ตามเวลาที่กำหนด (1 คะแนน)</p> <p>4.2 บันทึกไม่ครบถ้วน ถูกต้อง ตามเวลาที่กำหนด (0.5 คะแนน)</p>	1 คะแนน										

5. ระดับความสำเร็จ 5.1 ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง จนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำภายใน 1 ปี \geq ร้อยละ 85 (0.5 คะแนน) 5.2 ผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง \geq ร้อยละ 60 (0.5 คะแนน)		1 คะแนน			
ประเมินที่ละข้อ นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)					
การประเมินผล :	ประมวลผลตามมาตรฐานฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ทุก 1 เดือน จาก 1) แฟ้ม SPECIALPP ข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับผู้มารับบริการ และประวัติการได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับกลุ่มเป้าหมาย 2) ฐานข้อมูลนิติจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ทุก 3 เดือน				
เอกสารสนับสนุน :	- ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข - คู่มือแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง กรมสุขภาพจิต (SMI-V) - คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง กรมสุขภาพจิต (Standard Operating Procedures : SOPs Server Mental Illness – High Risk to Violence (V Care) - คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต - คู่มือแนวทางการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำหรือทัณฑสถาน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data		หน่วย วัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2565	2566	2567
ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในสถานบริการ ได้รับการติดตามการดูแลต่อเนื่อง จนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ		ร้อยละ			66.93
ผู้ป่วยจิตเวชคดีหลังพ้นโทษได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง		ร้อยละ			N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาววรรณภา สะติวังค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้รับผิดชอบงานSMI-V กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 093-324-4953				

	โทร 045-262-692 ต่อ 301 E-mail : Sadeewong-1@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241-920 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 091-828-50179

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 11	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ตัวชี้วัดที่ (R 38)	ผลสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอ To be Number One ในระดับอำเภอ
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>โครงการ TO BE NUMBER ONE คือโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ใน ทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ทรงเป็นองค์ประธาน อำนวยการโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด</p> <p>คำขวัญโครงการ เป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด</p> <p>3 ยุทธศาสตร์หลักของโครงการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการ ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด 2. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชนในชุมชน 3. การพัฒนาทักษะชีวิตและเครือข่ายการป้องกันและช่วยเหลือ <p>การจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ประกอบด้วย 3 ก (กรรมการ /กองทุน / กิจกรรม) และ 3 ย (3 ยุทธศาสตร์หลัก)</p> <p>การดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE แยกเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้</p> <p>ประเภทจังหวัด TO BE NUMBER ONE</p> <p>ประเภทอำเภอ TO BE NUMBER ONE</p> <p>ประเภท TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา</p> <p>ประเภท TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา</p> <p>ประเภท TO BE NUMBER ONE ในชุมชน</p>

ประเภท TO BE NUMNER ONE ในสถานประกอบการ (ที่มีแรงงานตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป)
 ประเภท TO BE NUMNER 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 รณรงค์สร้างกระแสเพื่อปลูกจิตสำนึกให้เยาวชนห่างไกลยาเสพติด, กิจกรรมพัฒนาศักยภาพเยาวชนเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และสร้างภูมิคุ้มกันให้เยาวชนไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด
3. มีการขับเคลื่อนและส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา, ในชุมชน และในสถานประกอบการ
4. ส่งหรือสนับสนุน สมาชิกชมรมฯ ระดับอำเภอ เข้าร่วมประกวดเยาวชนต้นแบบเก่งและดี (TO BE NUMBER ONE IDOL) ระดับจังหวัด /ภาค/ประเทศ
5. สมัครเป็นสมาชิกถาวร และส่งชื่อนิตยสาร TO BE NUMBER ONE ร่วมกับจังหวัดประจำทุกปี ไม่น้อยกว่า 12 หน่วยงาน/อำเภอ
6. จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 จากจำนวนทั้งหมด
7. จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 จากจำนวนทั้งหมด
8. กลุ่มเป้าหมายอายุ 6 - 24 ปี ในอำเภอ สมัครเป็นสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65
9. กลุ่มเป้าหมายอายุ 6 - 24 ปี ในอำเภอ สมัครเป็นสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65

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

	<p>3. กิจกรรม : สนับสนุนให้สมาชิกใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์เกิดความภาคภูมิใจและมองเห็นคุณค่าของตน อันเป็นหนทางห่างไกลยาเสพติด รวมทั้งให้โอกาส และสนับสนุนการคืนคนดีสู่สังคม ของสมาชิก “ ใครติดยายกมือขึ้น ” เช่นการฝึกอาชีพและจัดหาอาชีพให้ เป็นต้น</p> <p>มีการจัดกิจกรรมตามยุทธศาสตร์ ทั้ง 3 ยุทธศาสตร์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - การรับสมัครสมาชิกชมรม โดยต้องมีการจัดทำทะเบียนข้อมูลสมาชิกชมรม - ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ Facebook /เสียงตามสาย /หอกระจายข่าว/กลุ่มไลน์ - จัดกิจกรรมดนตรี, กีฬา, การประกวดกิจกรรมสร้างสรรค์ ต่างๆ - การตรวจหาสารเสพติด : นร. /นศ. / ทหาร/ พระ /สามเณร เข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญต่างๆ ร่วมกับภาครัฐ - กิจกรรมอื่นๆ 2. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชนและประชาชน เช่น <ul style="list-style-type: none"> - จัดตั้งศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE - จัดการอบรมให้ความรู้เรื่องยาเสพติด ฯลฯ - โครงการใครติดยายกมือขึ้น 3. การสร้างและพัฒนาเครือข่าย เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนวิทยากร (อบรมให้ความรู้ที่เกี่ยวข้อง) - เป็นพี่เลี้ยง/ ที่ปรึกษาในการจัดตั้ง ชมรม TO BE NUMBER ONE แก่ ชมรม อื่นๆ <p>ชมรม TO BE NUMBER ONE ต้นแบบ หมายถึง ชมรมที่ดำเนินการตามองค์ประกอบ 3 ก 3 ย และมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ชัดเจน เป็นรูปธรรม สามารถเป็นแหล่งศึกษาดูงานของชมรมอื่นได้</p> <p>แบบประเมินตนเองของชมรม TO BE NUMBER ONE ระดับดีเด่น หมายถึง ประเมินตนเองตามเกณฑ์การประกวดชมรม TO BE NUMBER ONE ดีเด่น (สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE กรมสุขภาพจิต)</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	<p>ปีงบประมาณ 2568</p> <p>-มีการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>- มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา</p>	<p>ปีงบประมาณ 2569</p> <p>-มีการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>- มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา</p>	<p>ปีงบประมาณ 2570</p> <p>-มีการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>- มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา</p>

	<p>ต้นแบบระดับดีเด่น อำเภอละ 1 ชมรม -มีชมรม TO BE NUMBER ONE ใน ชุมชน ต้นแบบระดับดีเด่นอำเภอละ 1 ชมรม -มีนวัตกรรมอำเภอละ 1 เรื่อง</p>	<p>ต้นแบบระดับดีเด่น อำเภอละ 1 ชมรม -มีชมรม TO BE NUMBER ONE ใน ชุมชน ต้นแบบระดับดีเด่นอำเภอละ 1 ชมรม -มีนวัตกรรมอำเภอละ 1 เรื่อง</p>	<p>ต้นแบบระดับดีเด่น อำเภอละ 1 ชมรม -มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน ต้นแบบระดับ ดีเด่น ตำบลละ 1 ชมรม -มีนวัตกรรมอำเภอละ 2 เรื่อง -มีการพัฒนาองค์ความรู้ อำเภอละ 1 เรื่อง</p>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงาน อำเภอ TO BE NUMBER ONE อย่างต่อเนื่อง 2. เพื่อพัฒนาศักยภาพชมรม TO BE NUMBER ONE ภายใต้อุตสาหกรรมกรรมการดำเนินงาน โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในทุกระดับมหิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี 3. มีการสร้างและขยายเครือข่าย 4. เกิดนวัตกรรมของชมรม TO BE NUMBER ONE 		
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>25 อำเภอ</p>		
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานใน https://data.dmh.go.th/ 2. การรายงานผลการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE 		
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. https://data.dmh.go.th/ 2. การรายงานผลการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE 		
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)</p>		
<p>เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 : <u>รอบที่ 1</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568 <u>รอบที่ 2</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568</p>			
<p>ประเมินผลการพัฒนาอำเภอ TO BE NUMBER ONE โดยแยกรายกิจกรรมที่สำคัญ ดังนี้</p> <p>โครงสร้าง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนอำเภอ TO BE NUMBER ONE <ol style="list-style-type: none"> 1.2 มีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนอำเภอ TO BE NUMBER ONE อย่างน้อย 4/ครั้ง/ปี 2. แผนงานและโครงการ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 มีแผนงาน/โครงการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE 2.2 มีการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE 			

3. มีการขับเคลื่อนและพัฒนางาน TO BE NUMBER ONE ในชมรมที่เกี่ยวข้อง
4. ส่งหรือสนับสนุน สมาชิกชมรมฯ ระดับอำเภอ เข้าร่วมประกวดเยาวชนต้นแบบเก่งและดี (TO BE NUMBER ONE IDOL) ระดับจังหวัด /ภาค/ประเทศ
5. สมัครเป็นสมาชิกถาวร และสั่งซื้อนิตยสาร TO BE NUMBER ONE ร่วมกับจังหวัดประจำปี ไม่น้อยกว่า 12 หน่วยงาน/อำเภอ
6. จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 จากจำนวนทั้งหมด
7. จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 จากจำนวนทั้งหมด
8. กลุ่มเป้าหมายอายุ 6 - 24 ปี ในอำเภอ สมัครเป็นสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65
9. มีการสร้างและขยายเครือข่ายของชมรม TO BE NUMBER ONE
10. ชมรม TO BE NUMBER ONE มีนวัตกรรมที่เป็นประโยชน์แก่สมาชิกหรือแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนอำเภอ TO BE NUMBER ONE และกำหนดนโยบายแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม 1.2 มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE โดยรายงานผลการดำเนินงาน 2 ครั้ง <i>(ครั้งละ 0.5 คะแนน)</i>
1 คะแนน	2. มีการจัดตั้งชมรม จัดเก็บข้อมูลชมรม และสมาชิก TO BE NUMBER ONE เป็นปัจจุบัน ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนและส่งรายงานทันเวลา (ไตรมาสละ 1 ครั้ง)
1 คะแนน	3. การมีส่วนร่วมในกิจกรรม โครงการ TO BE NUMBER ONE 3.1 ส่งหรือสนับสนุนสมาชิก TO BE NUMBER ONE เข้าร่วมการประกวดเยาวชนต้นแบบเก่งและดี (TO BE NUMBER ONE IDOL) ระดับจังหวัด/ภาค/ประเทศ <i>(0.5 คะแนน)</i> 3.2 สมัครเป็นสมาชิกและสั่งซื้อนิตยสาร TO BE NUMBER ร่วมกับจังหวัดเป็นประจำทุกปี ไม่น้อยกว่า 12 ชมรม <i>(0.5 คะแนน)</i>
1 คะแนน	4. มีการสนับสนุนจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา 4.1 จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 จากจำนวนทั้งหมด <i>(0.5 คะแนน)</i> 4.2 ชมรมเข้าร่วมประกวดระดับภาค <i>(0.5 คะแนน)</i>
1 คะแนน	5. มีการสนับสนุนจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน 5.1 จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 จากจำนวนทั้งหมด <i>(0.5 คะแนน)</i> 5.2 ชมรมเข้าร่วมประกวดระดับภาค <i>(0.5 คะแนน)</i>
ประเมินทั้ง 5 ข้อ แล้วนำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	

วิธีการประเมินผล :					
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการดำเนินงานโครงการรณรงค์ป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ. 2560				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
	Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2565	2566	2567
	ชมรม TO BE NUMBER ONE เข้าร่วมประกวด ระดับภาคเพิ่มขึ้น	ชมรม	9 ชมรม	14 ชมรม	18 ชมรม
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1.นางรัชนิพร เชื้อสระคู ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 065-749-2656</p> <p>2.นางสาวสุพรรณษา นันตะบุตร ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 064-459-5152</p>				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>1.นางสาวสุพรรณษา นันตะบุตร ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 064-459-5152</p>				

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 11	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ตัวชี้วัดที่ (R 39)	ความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ และผลิตภัณฑ์ยาสูบ
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายความว่า ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืชนิโคตนาทาแบกัม (Nicotianatabacum) และให้ความรวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งบริโภคโดยวิธีสูบ ดูด ตม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใด เพื่อให้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยาตามกฎหมายว่าด้วยยา</p> <p>เครื่องตีมแอลกอฮอล์ หมายความว่า สุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>1) มีแผนงานการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องตีมแอลกอฮอล์ในระดับอำเภอ</p> <p>2) มีการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ ออกตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง/ปี</p> <p>3) มีการดำเนินงานชุมชนและสถานศึกษาต้นแบบเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องตีมแอลกอฮอล์และยาสูบอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง</p> <p>4) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองผลิตภัณฑ์ยาสูบ มากกว่าร้อยละ 65 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเครื่องตีมแอลกอฮอล์ มากกว่าร้อยละ 65</p>
วัตถุประสงค์	<p>1) เพื่อขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องตีมแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ</p> <p>2) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่และเครื่องตีมแอลกอฮอล์ สร้างความตระหนักเรื่องพิษภัยและรู้เท่าทันกลยุทธ์ทางการตลาดและป้องกันนักสูบนักตีมหน้าใหม่</p> <p>3) เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่และสุรา/ ลดแรงสนับสนุนการตีม เพื่อควบคุมการบริโภคนิโคตยาสูบและเครื่องตีมแอลกอฮอล์ โดยการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย</p> <p>4) เพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ และช่วยให้ผู้สูบ ผู้ตีมเลิกสูบบุหรี่ และเลิกตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์</p> <p>5) เพื่อพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องตีมแอลกอฮอล์และยาสูบ</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาคีเครือข่ายควบคุมบุหรี่และเครื่องตีมแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ

	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.รายงานผ่านระบบ 43 แฟ้ม ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ 2.รายงานผลการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ
แหล่งข้อมูล	1. HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานผลการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 : <u>รอบที่ 1</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568 <u>รอบที่ 2</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568	
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
0.5 คะแนน	1.มีแผนงานการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอำเภอ (0.5 คะแนน)
1.5 คะแนน	2.1 มีกิจกรรมการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ในวันงดสูบบุหรี่โลกหรือ วันต่อต้านยาเสพติด (0.5 คะแนน) 2.2 มีการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ ออกตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง/ปี (1 คะแนน)
2 คะแนน	3.1 มีชุมชนต้นแบบเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง (1 คะแนน) 3.2 มีสถานศึกษาต้นแบบเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง (1 คะแนน)
0.5 คะแนน	4. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองผลิตภัณฑ์ยาสูบ มากกว่าร้อยละ 67 (0.5 คะแนน)
0.5 คะแนน	5. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ มากกว่าร้อยละ 67 (0.5 คะแนน)
ประเมินทีละข้อ นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลตามเกณฑ์ เทียบกับกิจกรรมที่ดำเนินการจริงในพื้นที่ ,มีหลักฐานเชิงประจักษ์
เอกสารสนับสนุน :	1.คู่มือการบันทึกข้อมูลการบำบัดผู้เสพติดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ 43 แฟ้ม (Special pp)

	<p>2. โครงการสร้างวิทยาการหนุนเสริมโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชันย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับภาคีเครือข่าย</p> <p>3. คู่มือ การบริหารจัดการข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคนยาสูบในระบบ 43 แฟ้ม (Special PP) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>4. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560</p> <p>5. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
	Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2565	2566	2567
	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ	ร้อยละ	55.27	62.63	68.23
	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ร้อยละ	53.88	61.88	67.65
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1.นายสุทธิพงษ์ บุญบรรจง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์ 0 4526 2692 ต่อ 301</p> <p>โทรศัพท์มือถือ 088-340-4896</p>				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>1.นายสุทธิพงษ์ บุญบรรจง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์ 0 4526 2692 ต่อ 301</p> <p>โทรศัพท์มือถือ 088-340-4896</p>				

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 12	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
ตัวชี้วัดที่ (R 40)	ระดับความสำเร็จการพัฒนา ศบต. และ ศสต. (ศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ และศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>ด้วยปัจจุบัน ประเทศไทยได้ก้าวสู่ประชาคมอาเซียน ในสังคมภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งได้มีการดำเนินการจัดระบบบริการสาธารณสุขกับประเทศเพื่อนบ้าน และมีเป้าหมายการจัดตั้งประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) ซึ่งประกอบด้วย 10 ประเทศ ได้แก่ กัมพูชา บรูไนดารุสซาลาม อินโดนีเซีย มาเลเซีย เมียนมาร์ ไทย ฟิลิปปินส์ ลาว สิงคโปร์ เวียดนาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือทางด้านการศึกษา เศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุข ส่งเสริมสันติภาพและความมั่นคง ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนการเป็นเมืองศูนย์กลาง บริการสุขภาพ ASEAN โดยมุ่งเน้นให้สถานบริการสุขภาพภาครัฐ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข “พัฒนาระบบบริการจัดการด้านวิชาการ บริการ และพัฒนาคุณภาพบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล” ถูกต้อง รวดเร็ว และมีคุณภาพ และ ผู้มารับบริการเกิดความพึงพอใจ จึงได้ดำเนินการตามนโยบาย สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้สนับสนุนการเป็นเมืองศูนย์กลาง บริการสุขภาพ ASEAN โดยมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการจัดการ ด้านวิชาการ บริการ และพัฒนาคุณภาพบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลถูกต้อง รวดเร็ว และมีคุณภาพ และ ผู้มารับบริการเกิดความพึงพอใจ</p> <p>บทบาทหน้าที่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บริการตรวจรักษาผู้ป่วยชาวต่างชาติ 2. ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ในการดูแลสุขภาพของชาวต่างชาติที่อาศัยในประเทศไทย 3. ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ในการดูแลสุขภาพของชาวลาว เขมร เวียดนาม มีล่ามแปลภาษาต่างชาติ พร้อมให้บริการ 4. บริการตรวจสุขภาพเพื่อขอวีซ่าไปต่างประเทศ 5. บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทั่วประเทศไทยและต่างประเทศ 6. บริการรถรับส่งจากสนามบิน ไปยังสถานบริการสุขภาพ
เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2568	<p>1. เกณฑ์การประเมิน ศสต. (ศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ) แบ่งเป็น 3 หมวด ประกอบด้วย</p> <p>(1) หมวดโครงสร้าง Structure (2) หมวดระบบบริการ Service (3) หมวดระบบบริหารจัดการ System</p>

หมวด	เกณฑ์ประเมิน ศบต. (สสจ./สสอ.)		
Structure (ข้อละ 1 คะแนน)	1. มีผู้รับผิดชอบ 2. มีการจัดตั้งศูนย์ชัดเจน 3. มีล่ามแปลภาษา หรือบุคลากรมีความรู้ความสามารถด้านภาษานั้น ๆ ให้บริการ 4. มีการบริหารจัดการอัตรากำลังของบุคลากร กำหนดโครงสร้างที่อยู่ในองค์กรที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร		
Service (ข้อละ 1 คะแนน)	1. มีบริการข้อมูลข่าวสารการเข้ารับบริการสุขภาพสำหรับชาวต่างชาติ 2. มีช่องทางประชาสัมพันธ์ website หรือ Call center 3. ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการทำงาน เช่น App แปลภาษา ระบบบริการข้อมูลอัจฉริยะ 4. ให้บริการประสานงานและดำเนินการส่งต่อผู้ป่วย 5. มีการประสานงาน รพ. เพื่อดำเนินการติดต่อสถานทูต/ศูนย์ช่วยเหลือนักท่องเที่ยว		
System (ข้อละ 1 คะแนน)	1. จัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนายุทธศาสตร์ศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติของ สสอ. หรือจัดทำแผนพัฒนากับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 2. มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพชาวต่างชาติในระดับอำเภอ 3. มีระบบรวบรวมข้อมูลชาวต่างชาติ (data center) เพื่อรายงานจังหวัดและกระทรวงต่อไป 4. มีระบบจัดการเรื่องร้องเรียน วิเคราะห์เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์รับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ 5. มีการรวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ มาประกอบการพัฒนาระบบบริการ		
การแปรผล	ระดับ 1 มาตรฐาน	ระดับ 2 ระดับดี	ระดับ 3 ระดับต้นแบบ
Structure (เต็ม 4 คะแนน)	1 คะแนน	2 คะแนน	3-4 คะแนน
Service (เต็ม 5 คะแนน)	1 คะแนน	2-3 คะแนน	4-5 คะแนน
System (เต็ม 5 คะแนน)	1 คะแนน	2-3 คะแนน	4-5 คะแนน

2. เกณฑ์การประเมิน ศบต. (ศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ) แบ่งเป็น 3 หมวด ประกอบด้วย

(1) หมวดโครงสร้าง Structure (2) หมวดระบบบริการ Service (3) หมวดระบบบริหารจัดการ System

หมวด	เกณฑ์ประเมิน ศบต. (สถานบริการ รพ./รพท./รพช.)
Structure (ข้อละ 1 คะแนน)	1. มีผู้รับผิดชอบเป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือ นว.สาธารณสุข หรือ জনอื่นๆ อย่างน้อย 2 คน 2. มีสถานที่จัดตั้งศูนย์บริการชัดเจน เป็นสัดส่วน ในโรงพยาบาล 3. สถานที่มีความเหมาะสม สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการบริการสุขภาพในพื้นที่ โรงพยาบาลนั้นๆ 4. สถานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ

	<p>5.มีล่ามแปลภาษา หรือบุคลากรมีความรู้ความสามารถ เฉพาะภาษา เพื่อให้คำปรึกษาหรือบริการชาวต่างชาติ</p> <p>6.มีการบริหารจัดการอัตรากำลังของบุคลากร กำหนดโครงสร้างที่อยู่ในองค์กรที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร</p>		
Service (ข้อละ 1 คะแนน)	<p>1.มีบริการข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการเข้ารับบริการสุขภาพ</p> <p>2.มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ข่าวสาร ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของชาวต่างชาติ</p> <p>3.มีช่องทางการประชาสัมพันธ์ หรือ Website หรือมีศูนย์ call center ถึงการบริการสุขภาพ ให้กลุ่มเป้าหมายทราบชัดเจน</p> <p>4.ใช้เทคโนโลยีช่วยในการบริการสุขภาพ เช่น App แปลภาษา ระบบบริการอัจฉริยะ ป้ายบอกทางอัจฉริยะ เป็นต้น</p> <p>5.มีระบบบริการส่งต่อทางการแพทย์ระหว่างประเทศชัดเจน มี Flow chart การบริการ</p> <p>6.ให้บริการประสานงานและดำเนินงาน Claim ประกันไทยและนานาชาติ</p> <p>7.ให้บริการประสานงานติดต่อญาติในต่างประเทศ สถานทูต กงสุล และศูนย์ช่วยเหลือชาวต่างชาติ หรือนักท่องเที่ยว เป็นต้น</p> <p>8.บริการด้านเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่นใบรับรองแพทย์ภาษาอังกฤษ เป็นต้น</p> <p>9.มีเวลาให้บริการไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ หากมีการบริการนอกเวลาราชการ ต้องจัดทำให้มีการแจ้งให้ผู้รับบริการทราบ โดยต้องมีป้ายแจ้งเวลาทำการ เปิด-ปิด ชัดเจน มีตารางการปฏิบัติงาน การบริการที่ชัดเจน</p>		
System (ข้อละ 1 คะแนน)	<p>1.จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพชาวต่างชาติของ รพ. และจัดทำแผนพัฒนาภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2.มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพชาวต่างชาติในหน่วยงาน</p> <p>3.มีระบบรวบรวมข้อมูลชาวต่างชาติ (Data center) เพื่อรายงาน ศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ (ศสต.)</p> <p>4.มีระบบจัดการเรื่องร้องเรียน วิเคราะห์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ</p> <p>5.มีการรวบรวม วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ มาประกอบการพัฒนาระบบบริการ</p>		
การแปรผล	ระดับ 1 มาตรฐาน	ระดับ 2 ระดับดี	ระดับ 3 ระดับต้นแบบ
Structure (เต็ม 6 คะแนน)	1-2 คะแนน	3-4 คะแนน	5-6 คะแนน
Service (เต็ม 9 คะแนน)	1-3 คะแนน	4-6 คะแนน	7-9 คะแนน
System (เต็ม 5 คะแนน)	1 คะแนน	2-3 คะแนน	4-5 คะแนน

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาศูนย์ ศสต./สบต. ของสถานบริการจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้ผ่านตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.สถานบริการผ่านมาตรฐาน สบต. (โรงพยาบาล 26 แห่ง) 2.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านมาตรฐาน ศสต. (สนง.สสอ. 25 แห่ง)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการประเมินตนเอง และ ทีมผู้ประเมินระดับจังหวัดประเมินรับรอง
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :	
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568	
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568	
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
2 คะแนน	ศูนย์ ศสต./ สบต. ของอำเภอไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ศูนย์ (แต่มีการดำเนินงานอยู่)
2.5 คะแนน	ศูนย์ ศสต./ สบต. ของอำเภอผ่านเกณฑ์ ระดับมาตรฐาน 1 ศูนย์
3 คะแนน	ศูนย์ ศสต./ สบต. ของอำเภอผ่านเกณฑ์ ระดับมาตรฐาน ทั้ง 2 ศูนย์
3.5 คะแนน	ศูนย์ ศสต./ สบต. ของอำเภอผ่านเกณฑ์ ระดับดี 1 ศูนย์
4 คะแนน	ศูนย์ ศสต./ สบต. ของอำเภอผ่านเกณฑ์ ระดับดี ทั้ง 2 ศูนย์
4.5 คะแนน	ศูนย์ ศสต./ สบต. ของอำเภอผ่านเกณฑ์ ระดับต้นแบบ 1 ศูนย์
5 คะแนน	ศูนย์ ศสต./ สบต. ของอำเภอผ่านเกณฑ์ ระดับต้นแบบ ทั้ง 2 ศูนย์
หมายเหตุ สบต. แต่ละอำเภอ (โรงพยาบาล) ต้องผ่านประเมินพื้นฐานแต่ละด้านดังนี้	
1.ด้าน Structure ต้องมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน อย่างน้อย 2 คน/ศูนย์ สบต.	
2.ด้าน Service ต้องมีบริการข้อมูลทั่วไปด้านการเข้ารับบริการสุขภาพชาวต่างชาติ	
3.ด้าน System ต้องมีการจัดทำแผนการพัฒนาระบบสุขภาพชาวต่างชาติของโรงพยาบาล และจัดทำแผนพัฒนาร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรด้านสุขภาพภาคเอกชน, ด่าน ตม. หรืออื่นๆ	
วิธีการประเมินผล :	เทียบกับเกณฑ์การประเมิน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางอุษณีย์ เกติมี หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 ต่อ 111 โทรศัพท์มือถือ : 081-878-2883 2.นางสาวพนมวรรณ สว่างแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานสาธารณสุขชายแดน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 093-321-7892

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางสาวพนมวรรณ สว่างแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานสาธารณสุขชายแดน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 093-321-7892

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 14	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ตัวชี้วัดที่ (R 41)	<p>ระดับความสำเร็จของการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ</p> <p><u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1.</u> ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิ ใบไม้ตับ และได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p><u>ตัวชี้วัดย่อยที่ 2.</u> ร้อยละของการตรวจหาตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะติดต่อ เมตาเซอร์คาเรียในปลาน้ำจืดเกล็ดขาวตระกูลวงศ์ปลาตะเพียน (Cyprinoid) ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด</p>
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>โรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง โรคที่เกิดจากการอักเสบของท่อน้ำดี ติดเชื้อ “พยาธิใบไม้ตับ” ซึ่งได้รับพยาธิจากการรับประทานอาหารประเภทปลาน้ำจืดเกล็ดขาว วงศ์ปลาตะเพียนแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับ เมื่อพยาธิใบไม้ตับสะสม และระยะเวลาหลายๆ ท่อน้ำดีเกิดการอักเสบ ผนังท่อน้ำดีหนาขึ้น พัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในเวลาต่อมา ทำให้มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีและเสียชีวิตได้</p> <p>โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ คนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็นจำนวนมากและพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับไม่น้อยกว่า 6 ล้านคน และประชาชนกลุ่มนี้ อาจจะพัฒนาเป็น โรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเวลา 20-30 ปีข้างหน้า ซึ่งปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปีละ 15,000 - 20,000 ราย พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2.5 เท่า โรคพยาธิใบไม้ตับ มีสาเหตุจากการรับประทานอาหารที่มาจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาว วงศ์ปลาตะเพียน ที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อ</p>

ของพยาธิใบไม้ตับ นำมาปรุงแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ เช่น ก้อยปลา ส้มปลา ปลาจ่อม ฯลฯ เมื่อพยาธิใบไม้ตับสะสมและระยะเวลาต่างๆ ท่อน้ำดีเกิดการอักเสบผนังท่อน้ำดีหนาขึ้น พัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในเวลาต่อมา ปลาที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ ปลาน้ำจืด เกล็ดขาว วงศ์ปลาตะเพียน ซึ่งเป็นกลุ่มปลาที่ติดเชื้อ พยาธิใบไม้ตับสูง และเป็นสาเหตุให้ประชาชนติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ปลาตะเพียนขาว ปลาสร้อย นกเขาหรือ ปลาอีไทย ปลาสร้อย ปลาขาวหัวมน ปลาตะเพียนทอง ปลากระสูบจุด ปลาขาวนา ปลากระมังสาเหตุที่ทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ และยังมีการติดเชื้อสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี 3 ปัจจัย ดังนี้

1. ประชาชนยังมีพฤติกรรมมารับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาววงศ์ปลาตะเพียนที่ปรุงแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ
2. ประชาชนที่ออกไปทำไร่ร่นา ยังมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระนอกส้วมหรือรดส้วม ส่วนนำสิ่งปฏิกูลทิ้งลงในสิ่งแวดล้อม ตามป่า ทุ่งนา ฯลฯ
3. ในแหล่งน้ำต่างๆ มีหอยและปลาอยู่ร่วมกัน ทำให้วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับครบสมบูรณ์แล้วเจริญเป็นระยะติดต่อ สู่ คน หมา แมว

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมชอบรับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดขาวแบบปรุงดิบๆ สุกๆ เช่น ลาบ ก้อย ส้มปลา ปลาจ่อม ฯลฯ เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และมีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีที่อยู่อาศัยอยู่ใกล้ๆ กับแหล่งน้ำ และในพื้นที่ที่ยังไม่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐาน

การตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง การตรวจคัดกรองด้วยอุจจาระด้วยวิธี Modified Kato ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐาน (Gold standard)

โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามขั้นตอนวีชีพ (V-Shape HL) 6 ขั้นตอน ได้แก่ การเข้าถึง, เข้าใจ, ตัดตอบซักถามแลกเปลี่ยน, ตัดสินใจ, เปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ

เกณฑ์เป้าหมาย

รายการ	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
1. ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ และได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100 (สิ้นสุดโครงการตามยุทธศาสตร์ชาติ ปี 2559 – 2568)

2. ร้อยละของปลาน้ำจืดเกิดขาวตระกูล วงศ์ปลาตะเพียน (Cyprinoid) ได้รับการตรวจหาตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะ ติดต่อเมตาเซอร์คาเรีย ตามเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 100)	0	0	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อทราบอัตราความชุกของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี 2. เพื่อสร้างเสริมความรู้ (Health Literacy) การป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจังหวัดอุบลราชธานี 3. เพื่อทราบอัตราความชุกของตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะติดต่อเมตาเซอร์คาเรีย ในปลาน้ำจืดเกิดขาวตระกูลวงศ์ปลาตะเพียน (Cyprinoid) ของจังหวัดอุบลราชธานี 		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดอุบลราชธานี ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ตำบล ที่มีความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับสูง, มีพฤติกรรมรับประทานปลาน้ำจืดเกิดขาววงศ์ปลาตะเพียน ที่ปรุงแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ, เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ, มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี, อาศัยอยู่ใกล้ๆกับแหล่งน้ำ และอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ยังไม่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐาน 2. ปลาน้ำจืดเกิดขาวตระกูลวงศ์ปลาตะเพียน (Cyprinoid) ได้แก่ ปลาตะเพียนขาว ปลาสร้อยนกเขาหรือ ปลาอีไทย ปลาสร้อย ปลาขาวห้วยมน ปลาตะเพียนทอง ปลากระสูบจุด ปลาขาวนา ปลากระมัง ฯลฯ ในแหล่งน้ำของชุมชน ของจังหวัดอุบลราชธานี 		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. บันทึกผลการตรวจคัดกรองลงในโปรแกรม ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 รพ.สต. : โปรแกรม JHCIS 1.2 PCU รพ. : โปรแกรม HI, HOSxP ฯลฯ และนำเข้าโปรแกรม D506 ส่งฐานข้อมูลมายังกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ 2. ผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรายงานผ่านฐานข้อมูล Data base ของกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 3. รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามขั้นตอนวีเซฟ (V-Shape HL) 6 ขั้นตอน 		
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. โปรแกรม D506 2. ฐานข้อมูล Data base กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.อุบลราชธานี 		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ระดับความสำเร็จของการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ</p> <p>1.1 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ และได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p style="text-align: center;">สูตรคำนวณ (A/B) X 100</p>		

	<p>A = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Kato's thick smear และได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (เป้าหมาย จำนวน 450 คน)</p> <p>B = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Kato's thick smear และได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (เป้าหมาย จำนวน 450 คน)</p> <p>1.2 ร้อยละของปลาน้ำจืดเกล็ดขาวตระกูลวงศ์ปลาตะเพียน (Cyprinoid) ที่ได้รับการตรวจหาตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะติดต่อเมตาเซอร์คาเรีย ตามเป้าหมายที่กำหนด</p> <p style="text-align: center;">สูตรคำนวณ (C/D) X 100</p> <p>C = จำนวนปลาน้ำจืดเกล็ดขาวตระกูลวงศ์ปลาตะเพียน (Cyprinoid) ที่ได้รับการตรวจหาตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะติดต่อเมตาเซอร์คาเรีย (ตามเป้าหมายที่กำหนด)</p> <p>D = จำนวนปลาน้ำจืดเกล็ดขาวตระกูลวงศ์ปลาตะเพียน (Cyprinoid) ทั้งหมดที่ได้รับการตรวจหาตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะติดต่อเมตาเซอร์คาเรีย (ตามเป้าหมายที่กำหนด)</p>				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 ไตรมาส 3				
<p>เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :</p> <p><u>รอบที่ 1</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568</p> <p><u>รอบที่ 2</u> ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568</p>					
<p>ระดับความสำเร็จของการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ</p> <p>1) ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ และได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี</p>					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100	
<p>2) ร้อยละของปลาน้ำจืดเกล็ดขาวตระกูลวงศ์ปลาตะเพียน (Cyprinoid) ที่ได้รับการตรวจหาตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะติดต่อเมตาเซอร์คาเรีย ตามเป้าหมายที่กำหนด</p>					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100	
<p>เกณฑ์การให้คะแนน : ระดับความสำเร็จของการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ</p> <p>1. ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ และได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี</p>					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
≤60 %	61 - 70%	71 - 80%	81 - 90%	91 - 100%	
<p>2. ร้อยละของปลาน้ำจืดเกล็ดขาวตระกูลวงศ์ปลาตะเพียน (Cyprinoid) ที่ได้รับการตรวจหาตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะติดต่อเมตาเซอร์คาเรีย ตามเป้าหมายที่กำหนด</p>					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
≤60 %	61 - 70%	71 - 80%	81 - 90%	91 - 100%	

วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากผลงานการดำเนินงาน, การกำกับติดตาม, การรายงานผลการดำเนินงาน
เอกสารสนับสนุน :	1.แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559 – 2568, กรมควบคุมโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย 2.กองโรคติดต่อทั่วไป กลุ่มงานโครงการตามพระราชดำริ: https://ddc.moph.go.th/dcd/
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายวิโรจน์ เขมรัมย์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ 085—315-9081 2. นายประพนธ์ บุญไชย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243-301 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 094-263-1616 3. นางสาววัชรินทร์ กรวยสวัสดิ์ นักสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 083-742-9482
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	ระดับอำเภอ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, ,PCU โรงพยาบาลทั่วไป และ PCUโรงพยาบาลชุมชน ระดับจังหวัด : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาววัชรินทร์ กรวยสวัสดิ์ นักสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 083-742-9482

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 14	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ตัวชี้วัดที่ (R 42)	ความสำเร็จในการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์ กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป ทุกสิทธิ์ (Type area 1,3) ที่มีประวัติดังต่อไปนี้ อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ 1.ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีผลตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ 2.ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป

	<p>3. มีประวัติเคยกินปลาน้ำจืดแบบมีเกล็ด ดิบๆสุกๆ หรือกินปลาร้าไม่ต้ม</p> <p>4. ประชากรที่มีกลุ่มอาการ Dyspepsia (ท้องอืดเป็นประจำ เหนื่อย เพลีย น้ำหนักลด)</p> <p>5. เคยอัลตราซาวด์ พบ PDF2, PDF3</p> <p>เพิ่มเติม</p> <ul style="list-style-type: none"> • เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ • เคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ • มีประวัติญาติสายตรง ป่วยหรือเสียชีวิต ด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี • มีวิถีการรับประทานอาหารร่วมกันในครอบครัวที่มีผู้ป่วยหรือผู้เสียชีวิต 		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อค้นหาความผิดปกติของตับและท่อน้ำดี ในระยะเริ่มแรก</p> <p>และในรายที่พบความผิดปกติ เข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างทันที่</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>กลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจ U/S โดยจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้</p> <p>1) ประชากรอายุ 40 ปี ขึ้นไป ในหมู่บ้านของตำบลที่มีความชุกพยาธิใบไม้ในตับมากที่สุด ในอำเภอ (คัดเลือก 1 หมู่บ้านที่มีความชุกสูงสุด) ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์มากกว่า ร้อยละ 80</p> <p>2) กลุ่มเสี่ยงตามนิยาม ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ 100 % ทุกสิทธิ์</p> <p>โดย เป้าหมายทุกคนต้องได้รับการตรวจตามเกณฑ์</p>		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. จัดเก็บข้อมูลและบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน 43 แฟ้ม</p> <p>1.1 รหัสการวินิจฉัย Z12.8 : Specific screening for CA</p> <p>1.2 อัลตราซาวด์รหัสหัตถการการตรวจบันทึกใน 43 แฟ้ม โรงพยาบาล = 8876 หรือบันทึกใน 43 แฟ้มในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัตถการ=9270700</p> <p>กรณีผลการตรวจอัลตราซาวด์ พบสิ่งผิดปกติ ให้บันทึก ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -Liver mass = D37.6 (mass hepatic) -Dilated duct = K83.1 (bile duct obstruction) -cholecystitis unspecified = 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 2. หากพบความผิดปกติ ได้แก่ Liver mass หรือ Dilated Duct ให้ส่งต่อ รพ.แม่ข่าย เพื่อรับการวินิจฉัยและรักษา 3. จัดเก็บข้อมูลผ่านไฟล์ EXCEL และ สรุปผลการดำเนินงานรายเดือน (สรุปรายงานส่งทุกวันที่ 25 ของทุกเดือน)
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลประชากร เพิ่ม Person Type area 1,3 2. จากแบบสรุปผลการดำเนินงานรายอำเภอ
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ A2 = จำนวนกลุ่มเสี่ยงใน <u>หมู่บ้านของตำบล</u> ที่มีความชุกพยาธิใบไม้ในตับมากที่สุด ในอำเภอที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด B2 = จำนวนกลุ่มเสี่ยงใน <u>หมู่บ้านของตำบล</u> ที่มีความชุกพยาธิใบไม้ในตับมากที่สุด ในอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 : รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568 รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568	
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงาน (0.25 คะแนน) - มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานแยกรายสถานบริการ (0.25 คะแนน) - มีแผนการปฏิบัติงานคัดกรอง มะเร็งท่อน้ำดี ด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์ โดยระบุระยะเวลาดำเนินงานชัดเจน (0.25 คะแนน) - การส่งรายงานการคัดกรอง มะเร็งท่อน้ำดี ด้วยวิธีอัลตราซาวด์ ทันตามกำหนด(กำหนดส่งภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน) (0.25 คะแนน)
2 คะแนน	<p>ประชากรอายุ 40-60 ปี ใน หมู่บ้าน ในตำบลที่มีความชุกของผลตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ในตับมากที่สุด ในอำเภอ ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ คัดเลือกเป้าหมาย 1 หมู่บ้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> -มากกว่า ร้อยละ 80 (2 คะแนน) -ระหว่าง ร้อยละ 60 – 80 (1 คะแนน) -น้อยกว่า ร้อยละ 60 (0.5 คะแนน)

2 คะแนน	- ร้อยละของการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยวิธีอัลตราซาวด์				
	ผลงาน < 100 %	1 คะแนน			
	ผลงาน 100 %	2 คะแนน			
ประเมินทีละข้อ (นำคะแนนมารวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน)					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2565	2566	2567
ร้อยละประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจอัลตราซาวด์		ร้อยละ	103.55	106.83	102.66
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสุภาภรณ์ เพี้ยะวงศ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089 581 5789, 096 159 7156 2.นางสาวขวัญเนตร สุขประดิษฐ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 084 010 2300 โทรศัพท์หน่วยงาน 045-243301 ต่อ 301				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ระดับจังหวัด : 1.นางสุภาภรณ์ เพี้ยะวงศ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 096 159 7156 2.นางสาวขวัญเนตร สุขประดิษฐ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 084 010 2300 โทรศัพท์หน่วยงาน 045-243301 ต่อ 301				

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy																							
แผนงานที่ 5	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																							
โครงการที่ 14	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง																							
ตัวชี้วัดที่ (R 43)	ระดับความสำเร็จการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงด้วย FIT test ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย 50-70 ปี																							
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน																							
คำนิยาม	<p>1. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 50-70 ปี ทุกสิทธิ์ ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT Test) ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโน ที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในระยะต้น ซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจ คัดกรอง 1 ครั้ง ทุก 2 ปีงบประมาณ (เช่น เคยตรวจในปีงบประมาณ 2567 ผลลบ ต้องตรวจอีกครั้งในปีงบประมาณ 2569)</p> <p>2. ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากร เพศชายและเพศหญิงอายุ 50-70 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) เป็นบวก (Positive) คือตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ</p> <p>3. การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องขยายเพื่อการค้นหาหรือการกำหนดยาหรือการเกิดมะเร็งหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในระยะเริ่มต้น</p>																							
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</th> <th>ปี 2568</th> <th>ปี 2569</th> <th>ปี2570</th> <th>ปี2571</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง (ร้อยละ)</td> <td>≥ 60</td> <td>≥ 65</td> <td>≥ 70</td> <td>≥ 80</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับ</td> <td>≥ 60</td> <td>≥ 65</td> <td>≥ 70</td> <td>≥ 80</td> </tr> <tr> <td>การส่องกล้อง Colonoscopy (ร้อยละ)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	ปี 2568	ปี 2569	ปี2570	ปี2571	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง (ร้อยละ)	≥ 60	≥ 65	≥ 70	≥ 80	ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับ	≥ 60	≥ 65	≥ 70	≥ 80	การส่องกล้อง Colonoscopy (ร้อยละ)				
คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	ปี 2568	ปี 2569	ปี2570	ปี2571																				
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง (ร้อยละ)	≥ 60	≥ 65	≥ 70	≥ 80																				
ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับ	≥ 60	≥ 65	≥ 70	≥ 80																				
การส่องกล้อง Colonoscopy (ร้อยละ)																								
วัตถุประสงค์	<p>1) เพื่อค้นหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ระยะเริ่มต้น ด้วยการคัดกรอง (FIT Test)</p> <p>2) ผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ ต้องได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy หากผลการส่องกล้องผิดปกติ ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างทันที่</p>																							
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) ประชาชนอายุ 50 - 70 ปี ทุกสิทธิ์ ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจคัดกรองหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) มาในระยะ 2 ปีงบประมาณ																							

	2) ประชาชนที่มีผลการคัดกรอง (FIT Test) ผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. จำนวนประชากร อายุ 50 – 70 ปี (ตามเป้าหมายรายปี) (F₁)</p> <p>2. จำนวนประชากร อายุ 50 – 70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (F₂)</p> <p>3. จำนวนประชากร อายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผิดปกติ (CL₁)</p> <p>4. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (CL₂)</p> <p>*การบันทึกข้อมูล</p> <p>- จัดเก็บข้อมูลและบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน 43 แพ้ม</p> <p>ผลการตรวจเป็นลบ = 1B0060 , ผลการตรวจเป็นบวก = 1B0061</p> <p>- สรุปผลการดำเนินงาน รายเดือน</p>
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลประชากร แพ้ม Person Type area 1,3
รายการข้อมูล 1	<p>A(F₂) = จำนวนประชากร อายุ 50 – 70 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</p> <p>A(CL₂) = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B(F₁) = จำนวนประชากร อายุ 50 – 70 ปี ที่ (ตามเป้าหมายรายปี)</p> <p>B(CL₁) = จำนวนประชากร อายุ 50 – 70 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผลผิดปกติ</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. $A(F_2)/B(F_1) \times 100$ = ร้อยละ ปชก. 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง</p> <p>2. $A(CL_2)/B(CL_1) \times 100$ = ร้อยละประชากรที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</p>
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม						
1 คะแนน	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงาน (0.25 คะแนน) - มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานแยกรายสถานบริการ (0.25 คะแนน) - มีการบันทึกข้อมูลในระบบรายงานการคัดกรองฯ <ul style="list-style-type: none"> * ครบถ้วน ถูกต้อง (0.25 คะแนน) * ทันเวลา (0.25 คะแนน) 						
2 คะแนน	- ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>< 30 %</td> <td>0.5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>30 - 59.99 %</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>≥ 60 %</td> <td>2 คะแนน</td> </tr> </table>	< 30 %	0.5 คะแนน	30 - 59.99 %	1 คะแนน	≥ 60 %	2 คะแนน
< 30 %	0.5 คะแนน						
30 - 59.99 %	1 คะแนน						
≥ 60 %	2 คะแนน						
1 คะแนน	ร้อยละการปฏิเสธการไปรับการตรวจโรคด้วยการส่องกล้อง Colonoscopy <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>< 10 %</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>10-14.99 %</td> <td>0.5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>≥ 15 %</td> <td>0 คะแนน</td> </tr> </table>	< 10 %	1 คะแนน	10-14.99 %	0.5 คะแนน	≥ 15 %	0 คะแนน
< 10 %	1 คะแนน						
10-14.99 %	0.5 คะแนน						
≥ 15 %	0 คะแนน						
1 คะแนน	ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง Colonoscopy <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>< 30 %</td> <td>0.2 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>30 - 59.99 %</td> <td>0.5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>≥ 60 %</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> </table>	< 30 %	0.2 คะแนน	30 - 59.99 %	0.5 คะแนน	≥ 60 %	1 คะแนน
< 30 %	0.2 คะแนน						
30 - 59.99 %	0.5 คะแนน						
≥ 60 %	1 คะแนน						

เอกสารสนับสนุน :

ฐานข้อมูลประชากรอายุ 50 – 70 ปี ใน HDC จังหวัดอุบลราชธานี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ	34.12	55.92	131.02
ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	ร้อยละ	13.56	34.44	74.65

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด1) นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ 096 159 7156

	2) นางสาววิญเนตร สุขประดิษฐ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 084 010 2300 โทรศัพท์หน่วยงาน 045-244301 ต่อ 301
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ระดับจังหวัด : 1) นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 096 159 7156 2) นางสาววิญเนตร สุขประดิษฐ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 084 010 2300 โทรศัพท์หน่วยงาน 045-243301 ต่อ 301 E-mail : tanitapuk1966@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 14	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ตัวชี้วัดที่ (R 44)	ระดับความสำเร็จการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประชากรสตรีอายุ 30-60 ปี
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
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>

	<p>- ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ 16 และหรือ 18 หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (Colposcopy)</p> <p>- ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่นๆ เช่น 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 และ 68 เป็นต้น หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลื้อมาตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ \geq ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน 1 ปี ที่โรงพยาบาล</p> <p>การส่องกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูกช่องคลอดปากมดลูก ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2571
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง (ร้อยละ)	70	70	70	70
ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง (ร้อยละ)	70	70	70	70

วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงที่มีอายุ 30 - 60 ปี (59 ปี 11 เดือน 29 วัน)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีไทยอายุ 30 - 60 ปี (59 ปี 11 เดือน 29 วัน) บริบูรณ์ ทุกสิทธิ์ ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรอบ 5 ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 - 60 ปี (ตามเป้าหมายรายปี) (C₁) จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 - 60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (C₂) จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 - 60 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (CP₁) จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการการส่องกล้อง Colposcopy (CP₂) <p>*การบันทึกข้อมูล</p>
แหล่งข้อมูล	ข้อมูล Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	$A(C_2)$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 - 60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก $A(CP_2)$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy
รายการข้อมูล 2	$B(C_1)$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 - 60 ปี (ตามเป้าหมายรายปี)

	B(CP ₁) = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 – 60 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1 (A(C ₂)/ B(C ₁)) x100 = ความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2 (A(CP ₂)/ B(CP ₁)) x100 = ร้อยละการตรวจพบผิดปกติที่ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม							
1 คะแนน	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงาน (0.25 คะแนน) - มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานแยกรายสถานบริการ (0.25 คะแนน) - มีและส่งรายงานผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ชัดเจน (0.5 คะแนน) 							
2 คะแนน	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test \geq ร้อยละ 70 <table border="1"> <tr> <td>< 50 %</td> <td>0.5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>50 - 69.99 %</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>\geq 70 %</td> <td>2 คะแนน</td> </tr> </table>		< 50 %	0.5 คะแนน	50 - 69.99 %	1 คะแนน	\geq 70 %	2 คะแนน
< 50 %	0.5 คะแนน							
50 - 69.99 %	1 คะแนน							
\geq 70 %	2 คะแนน							
1 คะแนน	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่งกล้อง ร้อยละ 100 <table border="1"> <tr> <td>< 50.00 %</td> <td>0.2 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>50.00 – 79.99 %</td> <td>0.5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>\geq 80.00 %</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> </table>		< 50.00 %	0.2 คะแนน	50.00 – 79.99 %	0.5 คะแนน	\geq 80.00 %	1 คะแนน
< 50.00 %	0.2 คะแนน							
50.00 – 79.99 %	0.5 คะแนน							
\geq 80.00 %	1 คะแนน							
1 คะแนน	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่งกล้อง Colposcopy ร้อยละ 70 <table border="1"> <tr> <td>< 50 %</td> <td>0.2 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>50 - 69.99 %</td> <td>0.5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>\geq 70 %</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> </table>		< 50 %	0.2 คะแนน	50 - 69.99 %	0.5 คะแนน	\geq 70 %	1 คะแนน
< 50 %	0.2 คะแนน							
50 - 69.99 %	0.5 คะแนน							
\geq 70 %	1 คะแนน							
ประเมินที่ละข้อ นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 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	73.25
ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่งกล้อง	ร้อยละ	7.16	0.92	98.27
ที่มา : HDC, โปรแกรม Cxs2020 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และแบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี 2567				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1) นางนันทิพร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 2) นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089 581 5789, 096 159 7156 โทรศัพท์หน่วยงาน 045-243301 ต่อ 301			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ระดับจังหวัด : 1) นางนันทิพร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089 581 5789 2) นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 096 159 7156 โทรศัพท์หน่วยงาน 045-243301 ต่อ 301			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy		
แผนงานที่ 5	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่ 15	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต		
ตัวชี้วัดที่ (R 45)	ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง Stage 5 รายใหม่ ลดลงจากปีที่ผ่านมา (น้อยกว่าร้อยละ10)		
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน		
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 หมายถึง ผู้ที่มีอัตราการกรองของไต หรือ eGFR (estimated glomerular filtration rate) น้อยกว่า 15 mL/min/1.73 m²/yr ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของ ผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI ICD-10 = N 18.5 Chronic kidney disease, stage 5</p> <p>eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไต ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI</p> <p>การสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพ ด้านโรคไตวายเรื้อรัง (CKD Health Literacy) หมายถึง การสร้างความรู้ ความเข้าใจ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและชะลอภาวะไตวายเรื้อรัง โดยมีคู่มือดูแลไต อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการดำเนินงานลดการเกิดโรคไตวายเรื้อรังอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน</p> <p>การดำเนินงานสร้าง Health Literacy กลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่ม CKD stage 2-3 กิจกรรมเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ชะลอการเสื่อมของไต</p> <p>คู่มือดูแลไต Buddy Kidney Care หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุข ในหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงไตวายเรื้อรัง โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ติดตามการปรับพฤติกรรมครัวเรือน การกินอาหาร การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย สภาพจิตใจ 2. มีจัดบริการให้ความรู้ การป้องกันไตวายเรื้อรัง ให้กับกลุ่ม CKD stage 2-3 ที่ Health station 		
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. รพ.และ รพ.สต. มีการดำเนินการสร้าง Health Literacy ในกลุ่ม CKD ด้วยรูปแบบ Buddy Kidney Care 2. ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 mL/min/1.73m²/yr ≥ 66 % 3.จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน 		
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	น้อยกว่าร้อยละ 10	น้อยกว่าร้อยละ 10	น้อยกว่าร้อยละ 10

วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการร่วมกัน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p style="text-align: center;">การดำเนินการสร้าง Health Literacy ในกลุ่ม CKD โดย Buddy Kidney Care - รายงานการดำเนินงาน “Buddy Kidney Care” ตามแบบรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p> <p style="text-align: center;">ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <math>< 5 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{yr}</math> $\geq 66\%$</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ได้รับความตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ได้รับความตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน ● โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time <p style="text-align: center;">ผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ได้รับความตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ได้รับความตรวจอย่างน้อยทุก 3 เดือน ● ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ eGFR ห้องปฏิบัติการนำผลการตรวจเข้าในระบบ HIS ของ โรงพยาบาลทุกครั้ง และโรงพยาบาลส่งข้อมูลรูปแบบมาตรฐาน (43 แฟ้ม) เข้าระบบ HDC ตามระยะเวลาที่ HDC กำหนด ● โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time <p>รายงานข้อมูล</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลของ ปีงบประมาณปัจจุบัน</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลของปีงบประมาณก่อนหน้า</p>

1 คะแนน	<p>ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m²/yr ≥ 66 %</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลดลง ≤ 50 % (0.3 คะแนน) - ลดลง 50 - 65.99 % (0.6 คะแนน) - ลดลง ≥ 66 % (1 คะแนน)
1 คะแนน	<p>จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มากกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน (0 คะแนน) - น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน (1 คะแนน)
ประเมินทีละข้อ (นำคะแนนมารวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อ จำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้น ๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการ จริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้ บริการสะสมมากที่สุด 2. ประเมินจากรายงานการดำเนินงาน “Buddy Kidney Care” ตามแบบรายงาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2565 (ฉบับปรับปรุง) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2. คู่มือแนวทางการตรวจวินิจฉัยงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1) นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2) นางวิพรรษา ชูบรรจง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 096 159 7165 E-mail : sdokdung@gmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>ระดับจังหวัด : 1) นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2) นางวิพรรษา ชูบรรจง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 096 159 7165 E-mail : sdokdung@gmail.com</p>

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 17	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต
ตัวชี้วัดที่ (R 46)	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	3 คะแนน
คำนิยาม	<p>ความสำเร็จการบำบัดรักษาและติดตามเยี่ยมผู้ติดยาเสพติด หมายถึง มีการดำเนินงาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ศูนย์คัดกรองผู้ติดยาเสพติด สามารถให้การคัดกรองและนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามระดับความรุนแรง 2) ร้อยละ 90 ของผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ในระบบสมัครใจได้รับการบำบัดรักษา ยาเสพติดตามความเหมาะสม และผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตได้รับการส่งต่อ ตามระบบ 3) ประสานการดำเนินงานบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ร่วมกับภาคีเครือข่ายครบทุกตำบล 4) ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ 70 <p>ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (ม.113, ม. 114) ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐานหลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย 1 ปี ดังนี้</p> <p>กลุ่ม “ผู้ใช้” ได้รับการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 1 ปี</p> <p>กลุ่ม “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี</p> <p>ศูนย์คัดกรองผู้ติดยาเสพติด หมายถึง ศูนย์คัดกรองที่สามารถจำแนกคัดกรองผู้ติดยาเสพติดได้ตามระดับความรุนแรง โดยจำแนกเป็นผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด และมีการส่งตัวเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามระดับความรุนแรง</p> <p>- สถานบริการทุกระดับมีแผนบูรณาการในการค้นหาคัดกรองผู้เสพผู้ติดยาเสพติดเชิงรุกในสถานศึกษา ในชุมชน และในสถานประกอบการ และสามารถให้คำปรึกษา/ให้การบำบัดรักษา ผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด แบบสมัครใจได้ตาม</p>

	เป้าหมาย มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ตามระบบการส่งต่อและดูแลรักษาตามระบบ		
	- มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานบำบัดรักษา ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ครอบคลุมตำบล และมีการลงรายงานผลการบำบัดผู้ป่วย CBTx. ในระบบรายงาน บสต.		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ร้อยละ 70	ร้อยละ 72	ร้อยละ 74
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแล ช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคม ได้อย่างปกติสุข		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) ศูนย์คัดกรอง ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 2) ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูล การบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) 2) ระบบรายงานยาเสพติด จังหวัดอุบลราชธานี		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติด จากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1 (Retention rate)	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และฟื้นฟูครบตามโปรแกรมมาตรฐาน และได้รับการดูแลติดตามทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดการบำบัดรักษา ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน และครบระยะเวลา 1 ปี หลังวันที่สรุปบำบัด		
รายการข้อมูล 2 (Retention rate)	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทั้งหมด ที่ครบระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่สรุปบำบัด (ยกเว้นกรณีถูกจับ, เสียชีวิต, เปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	<p>1. การคัดกรอง</p> <p>1.1 ไม่มีข้อมูลการคัดกรองผู้ติดยาเสพติดในศูนย์คัดกรอง (0.0 คะแนน)</p> <p>1.2 มีข้อมูลการคัดกรองผู้ติดยาเสพติดในศูนย์คัดกรอง (0.50 คะแนน)</p> <p>1.3 ศูนย์คัดกรองมีการบันทึกข้อมูลในระบบ บสต.ได้ถูกต้อง ทันเวลา (0.50 คะแนน)</p>
1 คะแนน	<p>2. การบำบัดรักษาในสถานบริการ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจได้รับการบำบัดรักษาตามระดับความรุนแรง ร้อยละ 90 และ ผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตได้รับการส่งต่อและดูแลรักษาตามระบบ (0.5 คะแนน)</p> <p>2.2. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาครบโปรแกรม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Complete Rate) ร้อยละ 80 (0.5 คะแนน)</p>
1 คะแนน	<p>3. การดำเนินการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx)</p> <p>3.1 มีการดำเนินงานบำบัดรักษายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนล้อมรั้ง (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/ ติดตามเยี่ยมผู้ผ่านการบำบัด ในระบบ บสต. ถูกต้อง ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน หลังให้บริการ ภายใน 1 สัปดาห์ (0.5 คะแนน)</p> <p>4.2 มีการสรุปข้อมูลผลการดำเนินงานบำบัด/ติดตาม จากระบบรายงาน บสต.ร่วมกับภาคี เครือข่ายทุกเดือน (0.5 คะแนน)</p>
1 คะแนน	<p>5. การติดตามเยี่ยมผู้ผ่านการบำบัดรักษา</p> <p>ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)</p> <p>- น้อยกว่าร้อยละ 70 (0.5 คะแนน)</p> <p>- มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70.00 (1 คะแนน)</p>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ปี 1 (Retention Rate)	ร้อยละ	69.30	71.40	77.96
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางรัชนิพร เชื้อสระคู ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 065-749-2656 2. นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 092-718-5455 2.นายประมวล มาลา ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ 087-337-7311			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 092-718-5455 2.นายประมวล มาลา ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ 087-337-7311			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 17	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต
ตัวชี้วัดที่ (R 47)	ระดับความสำเร็จของการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ECS
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลใน

	<p>ห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (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>“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน</p> <p>ผู้ป่วย severe traumatic brain injury หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งในภายหลังก็ได้</p> <p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการส่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงหรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</p> <p>หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน หมายถึง หน่วยปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ (FR,BLS,ILS,ALS) ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ร้อยละ 30	ร้อยละ 32	ร้อยละ 34

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ 3. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ 4. ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัด ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) 2. จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A , S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) 4. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT 5. จากการบันทึกข้อมูลในเว็บ WWW. EMSDUBON.COM
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS), ข้อมูลในเว็บ WWW.EMS DUBON.COM 2. Health Data Center (HDC) 3. WWW. EMSDUBON.COM 4. โรงพยาบาลทุกระดับ (S,A,P)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ = ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาโดยระบบการแพทย์ EMS
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(C/D) \times 100$ = ร้อยละผู้เจ็บป่วยวิกฤตที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

การติดตามรายไตรมาส	1) พิจารณาจากสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มาใช้บริการ ที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	
> ร้อยละ 28	> ร้อยละ 28	> ร้อยละ 28	> ร้อยละ 28	
2) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลทุกระดับ (ทั้งที่ ER และ Admit) ทั้ง Trauma และ Non-Trauma				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :				
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568				
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568				
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม			
0.5 คะแนน	1. มีการกำหนด ประเด็นการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤต ในวาระการประชุม พขอ. 1.1 ไม่มีการกำหนดเป็นประเด็น (0 คะแนน) 1.2 มีการกำหนดเป็นประเด็นใน พขอ. (0.5 คะแนน)			
1.5 คะแนน	2. ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินใน อปท. (1 อปท. 1 หน่วยกู้ชีพ) 2.1 ไม่มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐานใน อปท. (0 คะแนน) 2.2 มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับในอปท. ครอบคลุม <50 % (0.5 คะแนน) 2.3 มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับในอปท. ครอบคลุม 50-79 % (1 คะแนน) 2.4 มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับในอปท. ครอบคลุม 80-100 % (1.5 คะแนน)			
1 คะแนน	3. มีการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ (Dead Case Conference) เหตุการณ์ที่พบความเสี่ยง ต่างๆ ทุกเหตุการณ์ พร้อมทั้งนำมาปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และมีหลักฐานการ ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน 3.1 มีการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ (Dead Case Conference) หรือเหตุการณ์ที่มี ความเสี่ยงทุกเหตุการณ์ (0.5 คะแนน) 3.2 มีการจัดกิจกรรมโครงการ หรือสนับสนุนเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย ฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีหลักฐานที่ชัดเจน (0.5 คะแนน)			

1 คะแนน	<p>4. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ 12</p> <p>4.1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน >12 % (0 คะแนน)</p> <p>4.2 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ≤12 % (1 คะแนน)</p>			
1 คะแนน	<p>5. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ร้อยละ 27</p> <p>5.1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการ ≤15 % (0 คะแนน)</p> <p>5.2 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการ 15-27 % (0.5 คะแนน)</p> <p>5.3 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการ ≥27 % (1 คะแนน)</p>			
ประเมินทีละข้อ นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)				
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ระบบรายงานผลงาน			
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS 2. รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจาก รพ.ระดับ A , S และ M1 ภาครัฐ ทุกแห่ง 3. รายงานข้อมูลในเว็บ EMSDUBON.COM 4. http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/ คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE 5. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักงานนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ 			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดย EMS	จำนวนครั้ง	15,285	18,543	17,515
จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)	จำนวนครั้ง	93,967	113,295	148,501
จำนวน ของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ที่เสียชีวิต ภายใน 24 ชั่วโมง (ทั้งที่ ER และ Admit)	คน	1,237	1,039	7,395
จำนวน ของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ทั้งหมด	คน	25,311	26,607	23,450
ร้อยละผู้เสียชีวิตภายใน 24 ชม. ที่ ER และ admit	ร้อยละ	4.88	3.90	6.31
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางสาวอลิษา สุพรรณ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 081-790-4981</p> <p>โทรสาร : 045-241-918 E-mail : Alisuphan@hotmail.com</p>			

	<p>2. นายเอกชัย จรูญเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 086-461-9299 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : MR.AKK๑๖๖๙@gmail.com</p> <p>3. นางสาวลักขณ์ จันทรวง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 066-126-0546 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : saowaluk.emsubon@gmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>1.นางสาวลักขณ์ จันทรวง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 066-126-0546 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : saowaluk.emsubon@gmail.com</p>

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence Strategy
แผนงานที่ 7	การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ ฯ
โครงการที่ 19	โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ
ตัวชี้วัดที่ (R 48)	ระดับความสำเร็จการดูแลติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่เข้ารับบริการสุขภาพรูปแบบใด ๆ จากแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เวชปฏิบัติ หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการป่วยจากโรคหรือการบาดเจ็บ และจำเป็นต้องได้รับการรักษา</p> <p>ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน รวมถึงบุคคลผู้ซึ่งทำความดีแก่สังคมแต่ต้องประสบเคราะห์กรรม หรือผู้ประสบภัยอันเป็นที่สลดใจ ที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา</p> <p>ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน ที่พระบรมวงศ์ศานุวงศ์ทุกพระองค์ ทรงรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา</p>

	<p>การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ ของจังหวัด หมายถึง กลไกการบริหารจัดการในรูปคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานกรรมการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นกรรมการและเลขานุการ</p> <p>การดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง การสนับสนุน ประสานงาน และส่งต่อการดูแลรักษาบำบัด ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และมีการติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการช่วยเหลือด้านอื่นๆ โดยมีการดำเนินการ 5 ระดับ ดังนี้</p> <p><u>ระดับที่ 1</u> มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ระดับจังหวัด</p> <p><u>ระดับที่ 2</u> คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ร่วมบูรณาการจัดทำแผน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ ตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง และแนวทางการดำเนินงานของสำนักโครงการพระราชดำริฯ</p> <p><u>ระดับที่ 3</u> ขยายการดำเนินงานสู่ระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้เข้าถึงการดูแล และติดตามผู้ป่วยฯ</p> <p><u>ระดับที่ 4</u> คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยฯ อย่างเป็นระบบ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p> <p><u>ระดับที่ 5</u> มีการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่มีผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก 6 เดือน ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม</p> <p>การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่มีผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา โดยผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกำกับ ควบคุมดูแลโดยสำนักโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	1) เพื่อติดตามการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ		

	2) เพื่อให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับนโยบาย การพัฒนางานสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 3) รพ.สต.
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการ ของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่มีผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก 6 เดือน ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม
แหล่งข้อมูล	1) โปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยฯ ที่ได้รับการรักษา และมีการรายงานผ่านโปรแกรมระบบติดตาม ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ $= (A / B) * 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	-มีกิจกรรมชี้แจงการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ ในระดับอำเภอ (เวทีการประชุมประจำเดือนเจ้าหน้าที่ หรือการประชุมร่วมกับนายอำเภอ หรือในการประชุมที่โรงพยาบาล)
2 คะแนน	-มีคำสั่งคณะกรรมการ ระดับอำเภอ -มีรายงานการประชุมคณะกรรมการ อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี
3 คะแนน	-อำเภอมีแผนการลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วย
4 คะแนน	-ผลงานการเยี่ยมผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างคุณภาพ มากกว่าร้อยละ 80
5 คะแนน	-ผลงานการเยี่ยมผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างคุณภาพ ร้อยละ 100
กรณีอำเภอที่ไม่มีผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ไม่ได้ประเมินในตัวชี้วัดนี้	

วิธีการประเมินผล :	1) รวบรวม และวิเคราะห์ผลจากการรายงานข้อมูลการรักษาติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม 2) สำนักโครงการพระราชดำริฯ ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย สุ่มลงตรวจเยี่ยมการดำเนินงานของคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับจังหวัด 3) มีคำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอ (ถ้ามี)
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางอุษณีย์ เกิดมี ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข 2.นางขวัญเนตร บุญส่ง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางขวัญเนตร บุญส่ง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 081-600-8690



**Template
Governance
Excellence Strategy**

ยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellence Strategy

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 9	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล
โครงการที่ 21	โครงการยกระดับระบบบริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล
ตัวชี้วัดที่ (R 49)	ระดับความสำเร็จในการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (D506) มีความครอบคลุมและทันเวลาในการส่งรายงานของโรงพยาบาลและ รพ.สต. ทุกแห่ง (ร้อยละ 100) (ตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	0.8 คะแนน
คำนิยาม	<p>1) คุณภาพการส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ในระบบเฝ้าระวัง (D 506) หมายถึง ความครอบคลุมและความทันเวลา ในการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง 57 โรค ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ของศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอและสถานบริการสาธารณสุข โดยประเมินจากจำนวนผู้ป่วยในฐานข้อมูล D506 ของ สสจ. อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2568 (วันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 30 กันยายน 2568) โดยแบ่งคะแนนเป็น 2 ส่วน ๆ ละ 50 % ดังนี้</p> <p>2) ความทันเวลาในการส่งรายงาน D 506 (ร้อยละ 50) หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งรายงาน D 506 ผ่านระบบ API ของกองระบาดวิทยา ในระบบ Digital Disease Surveillance ตามกำหนด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในทุกวันอังคารหรือพุธ ของสัปดาห์ (ประเมินเป็นรายสัปดาห์ 52 สัปดาห์/ปี และสะสมคะแนนเป็นรายเดือน)</p> <p>3) ความครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุข ที่ส่ง D 506 (ร้อยละ 50) หมายถึง จำนวนสถานบริการสาธารณสุข ที่ส่ง D 506 ในแต่ละสัปดาห์ สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลของรัฐทั้งในและนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัด) รวมทั้งศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่งในอำเภอ โดยมีกำหนดเกณฑ์ในการส่งข้อมูล (ตามกองระบาดวิทยา) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ ส่งรายงานไม่ต่ำกว่า 50 ราย/ สัปดาห์ - โรงพยาบาลทั่วไป ส่งรายงานไม่ต่ำกว่า 30 ราย/ สัปดาห์ - โรงพยาบาลชุมชน ส่งรายงานไม่ต่ำกว่า 5 ราย/ สัปดาห์ <p>(ประเมินเป็นรายสัปดาห์ 52 สัปดาห์/ปี และสะสมคะแนนเป็นรายเดือน)</p>

	<p>เงื่อนไขความสำเร็จ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลของรัฐ นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนจังหวัด) รวมทั้งมีการส่งข้อมูล D 506 จากสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ในอำเภอในระบบ D 506 ตามเกณฑ์ที่ สสจ. กำหนด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 2. มีการรายงานและสอบสวนโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่มีความสำคัญสูง ที่ต้องรายงานทันที (ไม่เกิน 24 ชม.) ให้ทีมระบาดวิทยา สสจ. ได้แก่ โรคติดต่ออันตราย 13 โรค, ไข้เลือดออก, โรคพิษสุนัขบ้า, คอตีบ บาดทะยัก ไอกรณ, ไข้กาฬหลังแอ่น, ผู้ป่วยกลุ่มอาการอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่เสียชีวิต สงสัยจากโรคติดต่อทุกโรค 3. มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ทุกสัปดาห์ เพื่อเสนอผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 						
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>ร้อยละของคุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (D 506)</p> <table border="1" data-bbox="379 1077 1227 1189"> <thead> <tr> <th data-bbox="379 1077 660 1133">ปีงบประมาณ 2568</th> <th data-bbox="660 1077 943 1133">ปีงบประมาณ 2569</th> <th data-bbox="943 1077 1227 1133">ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="379 1133 660 1189">100 %</td> <td data-bbox="660 1133 943 1189">100 %</td> <td data-bbox="943 1133 1227 1189">100 %</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	100 %	100 %	100 %
ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570					
100 %	100 %	100 %					
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อให้มีความครอบคลุม ทันเวลา สามารถตรวจจับ การระบาดและตอบโต้การระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>						
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, โรงพยาบาล เอกชนทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนจังหวัด)</p>						
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, นอกสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, โรงพยาบาลเอกชนทุก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์การบริหาร ส่วนจังหวัด) ตรวจสอบผู้ป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง 57 โรค จากโปรแกรมตรวจผู้ป่วย ของสถานบริการ ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง/บันทึกผู้ป่วย และส่ง D 506 จากหน้า โปรแกรม HIS ไปยัง API ของกองระบาดวิทยา ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันอังคารหรือพุธ) 2) สสจ. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากหน้า Dash board กองระบาดวิทยา ทุกวัน 						

แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูล D 506 ของกองระบาดวิทยา 2. ฐานข้อมูล Digital Disease Surveillance (DDS)													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ความทันเวลา ในการรายงาน	ร้อยละความทันเวลาการส่ง รง. 506 ของศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอไปยังฐานข้อมูล D 506 $= \frac{\text{จำนวนสัปดาห์ที่ส่งทั้งหมด}}{\text{จำนวนสัปดาห์ในรอบเดือน}} \times 100$ (คำนวณคะแนนสะสมเป็นรายเดือน)													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ความครอบคลุม ของหน่วยงานที่รายงาน	ร้อยละความครอบคลุมของสถานบริการที่ส่งรายงาน D 506 ไปยังฐานข้อมูล D 506 (คิดเป็นรายอำเภอ) $= \frac{\text{โรงพยาบาล ในอำเภอ}}{\text{จำนวนสถานบริการทั้งหมด (ในอำเภอ)}} \times 100$ (คำนวณคะแนนสะสมเป็นรายเดือน)													
สูตรคำนวณตัวชี้วัดจำนวน ผู้ป่วยรายเดือน	คุณภาพในการรายงาน รง.506 (100%) $= \text{ความทันเวลาในการรายงาน (50\%)} + \text{ความครอบคลุมของสถานบริการที่รายงานโรค (50\%)}$ (โดยคือน้ำหนักคะแนนคุณภาพการรายงานจาก รพ. เป็น 80% และ รพ.สต. เป็น 20%)													
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568: รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568 รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568														
ร้อยละของคุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (รง.506) (หน่วย : ร้อยละ)														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>0 คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ต่ำกว่า 50</td> <td>51 - 60</td> <td>61 - 70</td> <td>71 - 80</td> <td>81 - 90</td> <td>91 - 100</td> </tr> </tbody> </table>		0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ต่ำกว่า 50	51 - 60	61 - 70	71 - 80	81 - 90	91 - 100	
0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน									
ต่ำกว่า 50	51 - 60	61 - 70	71 - 80	81 - 90	91 - 100									
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน กับค่าเป้าหมาย													
เอกสารสนับสนุน :	1. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดฝากครรภ์เล่มสีชมพู) 2. คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข 3. มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานบริการและเครือข่ายระดับจังหวัด													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data														
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Based line data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ปีงบประมาณ (พ.ศ.)</th> </tr> <tr> <th>2565</th> <th>2566</th> <th>2567</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง</td> <td>ร้อยละ</td> <td>81</td> <td>92</td> <td>94.12</td> </tr> </tbody> </table>		Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			2565	2566	2567	คุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	ร้อยละ	81	92	94.12
Based line data	หน่วยวัด			ปีงบประมาณ (พ.ศ.)										
		2565	2566	2567										
คุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	ร้อยละ	81	92	94.12										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายวิโรจน์ เขมรัมย์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี													

	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692-8 ต่อ 3110-1 โทรศัพท์มือถือ : 090-298-9181</p> <p>2. นายประพนธ์ บุญไชย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692-8 ต่อ 3110-1 โทรศัพท์มือถือ : 094-263-1616</p> <p>3. นางสาววัชรินทร์ กรวยสวัสดิ์ หัวหน้างานระบาดวิทยา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692-8 ต่อ 3110-1 โทรศัพท์มือถือ : 083-742-9482</p> <p>4. นางสาวหทัยา อุดมมา ระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ : 084-959-6771</p>
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวหทัยา อุดมมา และทีมเจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ : 084-959-6771

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 9	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล
โครงการที่ 21	โครงการยกระดับระบบบริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล
ตัวชี้วัดที่ (R 50)	ระดับความสำเร็จการดำเนินการตาม “นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่”
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดอุบลราชธานี สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>การส่งข้อมูลระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (PHR) คือ การนำข้อมูล จากระบบสารสนเทศของหน่วยบริการสุขภาพ (Health Information System : HIS) ส่งเข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อม โดยข้อมูลเป็นปัจจุบันและ ครบถ้วนสมบูรณ์</p>

จัดบริการระบบจัดส่งยา ถึงบ้าน คือ การพัฒนารูปแบบบริการให้มีการจัดส่งยาถึงผู้ป่วยโดยผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล เช่น การรับ-ส่งยาทางไปรษณีย์ และบริการรับ-ส่งยา Health Rider ในผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องหรือที่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมารับยาทุกเดือน

การเบิกจ่ายค่าบริการผ่าน FDH หรือ ศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงิน คือ ระบบข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุข เพื่อให้โรงพยาบาลทุกแห่งส่งข้อมูลด้านการเงินและการรักษาพยาบาล ตั้งแต่ ต.ค. 2565 จนถึงปัจจุบัน และหวังลดภาระงานให้กับบุคลากร

นัดหมายออนไลน์ คือ หน่วยบริการมีระบบการให้บริการนัดหมายออนไลน์ผ่านระบบ Application สามารถให้ผู้มารับบริการแจ้งการนัดหมายเข้าใช้บริการและแจ้งเตือนการนัดหมายไปยังผู้มารับบริการ

การใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพ (Health Tech) คือ การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นโดยคำนึงถึงผู้คนเป็นหลัก มีบทบาทเพื่อสนับสนุนความต้องการด้านการดูแลสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน โดยเป็นนวัตกรรมที่ต่อยอดจากพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์เพื่อคุณภาพชีวิตของมนุษย์ และยกระดับความก้าวหน้าของวงการแพทย์ เช่น AI ทางการแพทย์

การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การจัดระบบให้บริการ ปรีกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทาง อิเล็กทรอนิกส์และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

เกณฑ์เป้าหมาย

	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	1. หน่วยบริการส่งข้อมูลประวัติสุขภาพผู้ป่วย PHR ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน 2. หน่วยบริการส่งข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการผ่าน FDH ภายในวัน (OPD) 3. มีระบบนัดหมายออนไลน์อย่างน้อย 1 คลินิก	1. เชื่อมโยงข้อมูล PHR กับระบบสารสนเทศโรงพยาบาลได้ 2. หน่วยบริการสามารถเบิกจ่ายผ่านระบบ FDH ได้ครบทุกกองทุน 3. หน่วยบริการมีระบบนัดหมายออนไลน์ครบทุกคลินิก 4. หน่วยบริการมีบริการ Telemedicine ทุกคลินิก มีระบบ AI ทางการแพทย์	1. ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดส่งข้อมูลระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อมได้ครบถ้วนถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน 100 %

	4. มีการให้บริการ Telemedicine/Telepharmacy 10 % ของ OP visit 5.มีระบบ AI ทางการแพทย์		2. โรงพยาบาลดำเนินการ ตามนโยบายของกระทรวง สาธารณสุข
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพหน่วยบริการทุกระดับรองรับการยกระดับ 30 บาท ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว 2. เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการรับบริการ 3. เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ภายในจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง ชุดข้อมูลระบบทะเบียนสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (Personal Health Record: PHR) ระบบพร้อม อ่างอิง https://mohpromt.moph.go.th/mpc/mp-pf/phr/ 2) ส่งข้อมูลผ่านระบบ FDH 3) ส่งข้อมูลผ่านระบบ 43 แฟ้ม 4) ตรวจสอบประเมินโดยคณะกรรมการ		
แหล่งข้อมูล	1. https://phr1.moph.go.th/dashboard/ 2. ระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข 3. https://fdh.moph.go.th/hospital/		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		
การติดตามรายไตรมาส ปี 2568			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1.หน่วยบริการมีการ ส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน 2.หน่วยบริการส่ง ข้อมูลการเบิกจ่าย ค่าบริการผ่าน FDH <u>ตรวจประเมินโดย ระบบรายงาน กระทรวงสาธารณสุข</u>	1.หน่วยบริการมีการส่ง ข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) ครบถ้วนและเป็น ปัจจุบัน 2.หน่วยบริการส่งข้อมูล การเบิกจ่ายค่าบริการ ผ่าน FDH 3. มีระบบนัดหมาย ออนไลน์อย่างน้อย 1 คลินิก	1.หน่วยบริการส่งข้อมูลส่วน บุคคล (PHR) ครบถ้วนและเป็น ปัจจุบัน 2.หน่วยบริการส่งข้อมูลการ เบิกจ่ายค่าบริการผ่าน FDH ภายในวัน OPD 3. มีระบบนัดหมายออนไลน์ อย่างน้อย 1 คลินิก 4. มีการให้บริการ Telemedicine/	• หน่วยบริการส่งข้อมูลประวัติ สุขภาพผู้ป่วย PHR ครบถ้วนและเป็น ปัจจุบัน ครบ 100 % • หน่วยบริการส่งข้อมูลการ เบิกจ่ายค่าบริการผ่าน FDH ภายในวัน ครบ 100 % (OPD) • มีระบบนัดหมายออนไลน์อย่าง น้อย 1 คลินิก ครบ 100 %

	4. มีการให้บริการ Telemedicine 10 % ของ OP visit <u>ตรวจเยี่ยมโดยคณะกรรมการประเมิน</u>	Telepharmacy 10 % ของ OP visit <u>ตรวจประเมินโดยระบบรายงานกระทรวงสาธารณสุข</u>	มีการให้บริการ Telemedicine/Telepharmacy 10 % ของ OP visit <u>ตรวจเยี่ยมโดยคณะกรรมการประเมิน</u>
--	--	--	--

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568


รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

เกณฑ์การวัดกิจกรรมตาม นโยบาย “บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่”

1. หน่วยบริการส่งข้อมูลประวัติสุขภาพผู้ป่วย PHR ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน
2. หน่วยบริการส่งข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการผ่าน FDH ภายในวัน (OPD)
3. มีระบบนัดหมายออนไลน์ อย่างน้อย 1 คลินิก
4. มีการให้บริการ Telemedicine/Tele-pharmacy 10 % ของ OP visit
5. มีระบบ AI ทางการแพทย์

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	หน่วยบริการดำเนินการเกณฑ์เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568 สำเร็จ 1 ข้อ
2 คะแนน	หน่วยบริการดำเนินการเกณฑ์เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568 สำเร็จ 2 ข้อ
3 คะแนน	หน่วยบริการดำเนินการเกณฑ์เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568 สำเร็จ 3 ข้อ
4 คะแนน	หน่วยบริการดำเนินการเกณฑ์เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568 สำเร็จ 4 ข้อ
5 คะแนน	หน่วยบริการดำเนินการเกณฑ์เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568 สำเร็จ 5 ข้อ

วิธีการประเมินผล :	ระบบรายงาน PHR , ระบบรายงาน HDC , ระบบรายงาน FDH
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1) นายสุพจน์ สุดสี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-8757244 2) นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-3953599 3) นายณัฐวุฒิ สิงหะตา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-4121107
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-3953599

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 9	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล
โครงการที่ 21	โครงการยกระดับระบบบริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล
ตัวชี้วัดที่ (R 51)	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์การประเมินการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล ชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>TAM (Technology Cybersecurity Assessment Matrix) หมายถึง เกณฑ์การประเมินการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ ช่วยให้โรงพยาบาลปกป้องข้อมูลที่ละเอียดอ่อนและป้องกันการละเมิดข้อมูล สามารถวัดและเปรียบเทียบกับภัยคุกคามและช่องโหว่ต่างๆ ได้อย่างสอดคล้องกัน นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งข้อมูลที่ดียิ่งในการอธิบายผลการประเมินความเสี่ยงให้ทีมตรวจประเมิน โดยในปีงบประมาณ 2568 มีเกณฑ์การประเมินการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระดับความเสี่ยงสูง (แดง) เกณฑ์ประเมินจำนวน 4 2. ระดับความเสี่ยงปานกลาง (เหลือง) เกณฑ์ประเมินจำนวน 7 ข้อ 3. ระดับความเสี่ยงต่ำ (เขียว) เกณฑ์ประเมินจำนวน 3 ข้อ <p>รายละเอียดเกณฑ์การประเมินการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์</p> <div data-bbox="555 1256 1238 1809" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">เกณฑ์การประเมิน</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;"> <p>1. Backup 2. Antivirus Software 3. Access Control (Public and Private) 4. Privileged Access Management (PAM)</p> </div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 2px;"> <p>5. Business Continuity Plan (BCP) and Disaster Recovery Plan (DRP) 6. OS Patching 7. Multi-Factor Authentication (2FA) 8. Web Application Firewall (WAF) 9. Log Management 10. Security Information & Event Management (SIEM) 11. Vulnerability Assessment (VA Scan)</p> </div> <div style="border: 1px solid green; padding: 2px;"> <p>12. Software Update -> Optional 13. Penetration Testing -> Optional 14. Disaster Recovery site (DR) -> Optional</p> </div> </div> <p>(รายละเอียด)</p> 

เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	1. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่าน เกณฑ์การประเมินการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ตามมาตรฐาน TAM (Technology Cybersecurity Assessment Matrix) และมีความเสี่ยงระดับต่ำ	1. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานียื่นขอรับการประเมินตามมาตรฐาน HAIT Plus อย่างน้อย 13 โรงพยาบาล 2. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีผ่านการประเมินตามมาตรฐาน HAIT Plus Lev.1 อย่างน้อย 4 โรงพยาบาล	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานียื่นขอรับการประเมินตามมาตรฐาน <u>ISO/IEC 27001:2022</u> โรงพยาบาลในสังกัด อย่างน้อย 6 โรงพยาบาล
วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ให้ได้มาตรฐาน HAIT Plus หรือ <u>ISO/IEC 27001:2022</u> ตามความเหมาะสมกับขนาดและบริบทของโรงพยาบาล 2. เพื่อลดความเสี่ยงในการถูกคุกคามความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ด้านสาธารณสุข		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ภายในจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) แบบประเมินเองด้านรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ตามมาตรฐาน <u>TAM</u> 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รวบรวมข้อมูลเพื่อ จัดทำรายงานในระดับภาพรวมจังหวัด 3) ตรวจสอบและประเมินความเสี่ยงโดยคณะกรรมการด้าน Cyber Security สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
แหล่งข้อมูล	1. แบบประเมินตนเองด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ 2. Dashboard การประเมินการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ https://public.tableau.com/shared/JW2J5QD2T?:display_count=n&:origin=viz_share_link		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		

การติดตามรายไตรมาส	ปีงบประมาณ 2568				
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	
โรงพยาบาลระดับ M1, S และ A ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง ร้อยละ 100	หน่วยงาน ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50	- หน่วยงาน ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	หน่วยงาน ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับสูง ร้อยละ 100		
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 : รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568 รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568					
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม				
1 คะแนน	ความมั่นคงปลอดภัยต่ำ (ความเสี่ยงสูง)				
3 คะแนน	ความมั่นคงปลอดภัยปานกลาง (ความเสี่ยงปานกลาง)				
5 คะแนน	ความมั่นคงปลอดภัยสูง (ความเสี่ยงต่ำ)				
วิธีการประเมินผล :	คะแนนประเมินจากคณะกรรมการระดับจังหวัด				
เอกสารสนับสนุน :	https://tmi.or.th/downloads/ https://public.tableau.com/app/profile/ict.moph.th/viz/shared/DMJFKFP6				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
	Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2565	2566	2567
	โรงพยาบาลได้รับการตรวจประเมินการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	แห่ง	-	-	26
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสุพจน์ สุดสี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-8757244 2. ธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-3953599 3. นายณัฐวุฒิ สิงหะตา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-4121107				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายณัฐวุฒิ สิงหะตา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-4121107				

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 9	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล
โครงการที่ 21	โครงการยกระดับระบบบริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล
ตัวชี้วัดที่ (R 52)	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในการดำเนินงาน HAIT Plus
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล ชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>HAIT (Healthcare Accreditation Information Technology) หมายถึง คุณภาพสถานพยาบาลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล Hospital IT Quality Improvement Framework (HITQIF v2, Feb.2021) และฉบับเพิ่มเติม (HAIT plus)</p> <p>ยื่นขอรับรอง HAIT หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการขออนุญาตยื่นขอรับรอง HAITตามขั้นตอน หรือได้รับการตรวจเยี่ยม หรือ ตรวจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ทุกระดับการขอรับรอง การดำเนินการยื่นขอรับรอง HAIT ตามขั้นตอนขอรับรองการตรวจเยี่ยม หรือ ขอรับรองการตรวจประเมิน ตามที่สมาคมเวชสารสนเทศไทย Thai Medical Informatics Association (TMI) กำหนดดังต่อไปนี้</p> <p>ขั้นตอนขอรับรองการตรวจเยี่ยม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลพร้อมรับการตรวจเยี่ยม ให้ติดต่อประสานมายังสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th โดยแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน ก่อนกำหนดการที่คาดว่าจะ ขอรับการตรวจเยี่ยมฯ 2. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI แจ้งกำหนดนัดหมายวันตรวจเยี่ยม พร้อมแจ้งรายชื่อผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI 3 ท่าน ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ 3. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI ส่งมอบแนวทางการนำเสนอการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ 4. โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารนำเสนอตามแนวทางการนำเสนอฯ แก่ทีมผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th และอีเมลที่ได้รับแจ้งจากผู้ประสานงานของ สมาคม TMI ก่อนวันตรวจเยี่ยมอย่างน้อย 1-2 วัน 5. โรงพยาบาลเตรียมเอกสาร จำนวน 3 ชุด (Paper) ในวันตรวจเยี่ยม เพื่อประกอบการ นำเสนอและการตรวจสอบสำหรับ ทีมตรวจเยี่ยมสมาคม TMI 6. โรงพยาบาลได้รับการตรวจเยี่ยมจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI

	<p>ขั้นตอนขอรับรองการตรวจประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลพร้อมรับการตรวจประเมิน ให้ติดต่อประสานมายังสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th โดยแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน ก่อนกำหนดการที่คาดหวังว่าจะขอรับการตรวจประเมินฯ 2. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI แจ้งกำหนดนัดหมายวันตรวจประเมิน พร้อมแจ้งรายชื่อผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI 3 ท่าน ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ 3. สมาคม TMI ส่งมอบแนวทางการนำเสนอการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ 4. โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารนำเสนอตามแนวทางการนำเสนอฯ แก่ทีมผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th และอีเมลที่ได้รับแจ้งจากผู้ประสานงานของสมาคม TMI ก่อนวันตรวจประเมินอย่างน้อย 1-2 วัน 5. โรงพยาบาลเตรียมเอกสาร จำนวน 3 ชุด (Paper) ในวันตรวจประเมิน เพื่อประกอบการนำเสนอ และการตรวจสอบสำหรับทีมตรวจประเมิน 6. โรงพยาบาลได้รับการตรวจประเมินจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย

	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	<p>2. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานียื่นขอรับการประเมินตามมาตรฐาน HAIT Plus อย่างน้อย 3 โรงพยาบาล</p>	<p>3. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานียื่นขอรับการประเมินตามมาตรฐาน HAIT Plus อย่างน้อย 13 โรงพยาบาล</p> <p>4. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีผ่านการประเมินตามมาตรฐาน HAIT Plus Lev.1 อย่างน้อย 4 โรงพยาบาล</p>	<p>1. ทุกโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ยื่นขอรับการประเมินตามมาตรฐาน HAIT Plus โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีผ่านการประเมินตามมาตรฐาน HAIT Plus Lev.1 อย่างน้อย 13 โรงพยาบาล</p>

<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อยกระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ให้ได้มาตรฐาน HAIT Plus ตามความเหมาะสมกับขนาดและบริบทของโรงพยาบาล 2. เพื่อลดความเสี่ยงในการถูกคุกคามความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ด้านสาธารณสุข
----------------------------	---

	3. เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ และภาพลักษณ์ในการใช้บริการด้านสาธารณสุข 4. เพื่อให้โรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาล สามารถนำไปต่อยอดหรือปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ของตนเองให้มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบท
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ภายในจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) แบบสอบถามประเมินตนเองการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาล (HAIT) 2) หนังสือตอบรับการเข้าประเมินจากสมาคม TMI 3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประสานสมาคม TMI รวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานในระดับภาพรวมจังหวัด
แหล่งข้อมูล	1) แบบประเมินตนเอง 2) สมาคมเวชสารสนเทศไทย Thai Medical Informatics Association
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

การติดตามรายไตรมาส	ปีงบประมาณ 2568
--------------------	-----------------

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
หน่วยบริการประเมินตนเองตามแบบฟอร์ม	ติดตามความก้าวหน้าดำเนินการเพื่อรองรับการประเมิน HAIT Plus โดยคณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศระดับจังหวัด	1. มีการดำเนินการตามขั้นตอนการยื่นขอรับการตรวจประเมิน HAIT plus	1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ยื่นขอรับรองเข้ารับการประเมิน HAIT และกำหนดวันเข้ารับการตรวจเยี่ยม

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

ขั้นตอน	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
ขั้นที่ 1	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์ม HAIT Plus
ขั้นที่ 2	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์ม มีคะแนนประเมินตนเองในหัวข้อที่ดำเนินการแล้ว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
ขั้นที่ 3	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์ม มีคะแนนประเมินตนเองในหัวข้อที่ดำเนินการแล้ว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และยื่นขอรับการประเมิน HAIT Plus

ขั้นที่ 4	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์ม และยื่นขอรับการประเมิน HAIT Plus มีกำหนดการการตรวจประเมินเป็นลายลักษณ์อักษรจากสมาคม TMI				
ขั้นที่ 5	โรงพยาบาลได้รับการตรวจประเมิน HAIT Plus จากคณะกรรมการสมาคมเวชสารสนเทศไทย TMI หรือ ได้รับการตรวจประเมินแล้ว				
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม				
1 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1				
2 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1+2				
3 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1+2+3				
4 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1+2+3+4				
5 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1+2+3+4+5				
วิธีการประเมินผล :	การตรวจจากการออกนิเทศงาน กำกับติดตาม ประเมินจาก TMI				
เอกสารสนับสนุน :	https://tmi.or.th/downloads/				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2565	2566	2567
โรงพยาบาลได้รับการเข้าตรวจประเมินจาก TMI		แห่ง	-	1	2
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1) นายสุพจน์ สุดสี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-875-7244 2) นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599 3) นายณัฐวุฒิ สิงหะตา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-412-1107				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599				

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 9	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล
โครงการที่ 21	โครงการยกระดับระบบบริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล
ตัวชี้วัดที่ (R 53)	ผลการประเมินโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>สุขภาพดิจิทัล (Digital Health) เป็นการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการยกระดับการให้บริการทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพของประชาชน ช่วยลดความแออัด รวมถึงระยะเวลารอคอยในโรงพยาบาล</p> <p>โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และอำนวยความสะดวกรวดเร็วให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยในปีงบประมาณ 2568 มีเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ประกอบด้วย 4 ด้าน ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์ที่ต้องดำเนินการแต่ละด้าน ดังนี้</p> <p>ด้านโครงสร้างพื้นที่ คะแนนเต็ม 300 คะแนน ต้องผ่านเกณฑ์ 180 คะแนน</p> <p>ด้านบริหารจัดการ คะแนนเต็ม 300 คะแนน ต้องผ่านเกณฑ์ 170 คะแนน</p> <p>ด้านการให้บริการ คะแนนเต็ม 300 คะแนน ต้องผ่านเกณฑ์ 170 คะแนน</p> <p>ด้านบุคลากร คะแนนเต็ม 100 คะแนน</p> <p>โดยแบ่งระดับโรงพยาบาลอัจฉริยะ เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับเงิน 700 คะแนน</p> <p>ระดับทอง 800 คะแนน</p> <p>ระดับดีเพชร 900 คะแนนขึ้นไป และต้องผ่าน Cyber security ระดับสูง</p> <p>เกณฑ์ตาม (ศทส.)</p> <p>(รายละเอียดเกณฑ์การประเมินตาม QR Code)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	



	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีผ่านเกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะอัจฉริยะระดับทองขึ้นไป โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชรอย่างน้อย 6 แห่ง	โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะอัจฉริยะระดับทองขึ้นไป โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชรอย่างน้อย 13 แห่ง	โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชรครบ 100 %
วัตถุประสงค์	เพื่อยกระดับบริการสุขภาพของประชาชนด้วยดิจิทัลให้สามารถรับการรักษาได้ทุกหน่วยบริการในกระทรวงสาธารณสุข ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพตนเองด้วยดิจิทัล พัฒนาหน่วยบริการสุขภาพเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ภายในจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผลจากคณะกรรมการระดับจังหวัด		
แหล่งข้อมูล	แบบสอบถามกลับจากหน่วยงาน สำนักสุขภาพดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		
การติดตามรายไตรมาส	ปีงบประมาณ 2568		
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3
หน่วยบริการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ	ตรวจประเมินโดยคณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัดรอบที่ 1	โรงพยาบาลที่รับการประเมินทบทวนและส่งรายงานการแก้ไขให้กับคณะกรรมการ	ตรวจประเมินโดยคณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัดรอบที่ 2 ส่งผลประเมินให้คณะกรรมการระดับเขต

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :				
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568				
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568				
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม			
2 คะแนน	หน่วยบริการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มการประเมิน โรงพยาบาลอจฉริยะ ปีงบประมาณ 2568			
3 คะแนน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>โรงพยาบาลอจฉริยะระดับเงิน</u> โดยรับรองจากคณะกรรมการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2568			
4 คะแนน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>โรงพยาบาลอจฉริยะระดับทอง</u> โดยรับรองจากคณะกรรมการระดับจังหวัด <u>แบบมีเงื่อนไข</u> ปีงบประมาณ 2568			
5 คะแนน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>โรงพยาบาลอจฉริยะระดับทองขึ้นไป</u> ปีงบประมาณ 2568			
หมายเหตุ : โรงพยาบาล ที่ผ่านการประเมินโรงพยาบาลอจฉริยะระดับเพชรแล้ว ทำเฉพาะแบบประเมินตนเอง				
วิธีการประเมินผล :	คะแนนประเมินจากคณะกรรมการระดับจังหวัด			
เอกสารสนับสนุน :	https://tmi.or.th/downloads/ https://bdh.moph.go.th/site/			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
ระดับเงิน	แห่ง	-	-	22
ระดับทอง	แห่ง	-	-	-
ระดับเพชร	แห่ง	-	-	4
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1) นายสุพจน์ สุดสี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-875-7244 2) นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599 3) นายณัฐวุฒิ สิงหะตา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 085-412-1107			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599			

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 10	การพัฒนาธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 22	โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
ตัวชี้วัดที่ (R 54)	ระดับความสำเร็จการประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>การประเมินประสิทธิภาพการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ เป็นการประเมินระบบการควบคุมกำกับการทำงานให้มีความโปร่งใส ในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง กระบวนการเบิกจ่ายเงินให้มีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ทุกมิติ โดยมีการประเมิน 5 มิติ ได้แก่ มิติด้านการเงิน มิติด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล มิติด้านงบการเงิน มิติด้านบริหารพัสดุ และมิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง</p> <p>ระดับความสำเร็จการประเมินประสิทธิภาพการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ หมายถึง ขั้นตอนการดำเนินงานประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในโรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568</p> <p>มีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ ของหน่วยงานโดยแนบคำสั่งในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ 2. หน่วยงานแนบไฟล์เอกสาร ตามหัวข้อแบบประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังที่กำหนด ในแต่ละมิติ ในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 3. ผู้ตรวจสอบภายในที่ได้รับการแต่งตั้งของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควบคุมกำกับติดตาม ให้หน่วยบริการประเมินในภายในเวลาที่กำหนด (1 ธ.ค.67- 31 มี.ค.68) 4. ผู้ตรวจสอบภายในระดับกระทรวง/เขต ตรวจสอบผลการประเมินในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ และแจ้งผลการประเมินให้หน่วยบริการทราบ (15 ก.ค.68 เป็นต้นไป) 5. หน่วยบริการที่มีผลการประเมินต่ำกว่าร้อยละ 90 ต้องจัดทำแผนพัฒนาองค์กรและส่งในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ) <p>การประเมินผลระบบควบคุมภายใน การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการบริหารจัดการความเสี่ยง ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในสังกัด</p>

	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นไปตามมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ สามารถบรรลุ ผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้</p> <p>ระดับความสำเร็จการประเมินผลระบบควบคุมภายใน หมายถึง ขั้นตอนการดำเนินงานประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 มีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายในและคณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน 2. หน่วยงานจัดทำ Flowchart การปฏิบัติงานตามระบบการควบคุมภายใน ครอบคลุมโครงสร้างหลักของหน่วยงาน 3. หน่วยงานจัดทำและจัดส่งรายงานสรุปผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.4 ส่วนงานย่อย) (ภายใน 30 ธันวาคม 2567) 4. หน่วยงานมีการวิเคราะห์ความเสี่ยง นำความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูงและสูงมาก จัดทำและจัดส่งสรุปรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.5 ส่วนงานย่อย) ทันเวลา (ภายใน 30 ธันวาคม 2567) 5. หน่วยงานมีการจัดทำรายงานแก้ไขข้อบกพร่อง ภายใน 45 วัน 		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	มากกว่าร้อยละ 95	มากกว่าร้อยละ 97	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อสร้างระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุม กำกับงานด้านระบบกระบวนการภายในให้เกิดความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินตามเกณฑ์		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
รายการข้อมูล 1	A= หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลการตรวจสอบ		
รายการข้อมูล 2	B= หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ปี 2568 สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน (รอบที่ 1 และรอบที่ 2)

1. หน่วยบริการมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติของหน่วยงานโดยแนบคำสั่งในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 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 2568 สำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (รอบที่ 1 และรอบที่ 2)

1. หน่วยบริการมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายในและคณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน
2. หน่วยงานจัดทำ Flowchart การปฏิบัติงานตามระบบการควบคุมภายในครอบคลุมโครงสร้างหลักของหน่วยงาน
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

นำค่าคะแนนทั้งสองหน่วยงานมาหาค่าเฉลี่ย เป็นคะแนน Ranking

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	81.38	77.79	71.22

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายพิทักษ์ ทองทวน ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป โทร. 089-7226501 อีเมลล์ tuk_ubon@hotmail.com</p> <p>2. นายอดิศักดิ์ ชามาตย์ หัวหน้างานตรวจสอบและควบคุมภายใน โทร. 082-1591889 อีเมลล์ Adisak.ubon2514@gmail.com กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>3. นางสาวโสภิญ์สุดา แสงเกาะ นักวิชาการเงินและบัญชี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-4524-2225 ต่อ 212 โทรศัพท์มือถือ : 084-334-9939 โทรสาร : 0-4524-3301 E-mail : s.sopitsuda@gmail.com</p>
หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>1. นายอดิศักดิ์ ชามาตย์ หัวหน้างานตรวจสอบและควบคุมภายใน โทร. 082-1591889 อีเมลล์ Adisak.ubon2514@gmail.com กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>2. นางสาวโสภิญ์สุดา แสงเกาะ นักวิชาการเงินและบัญชี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-4524-2225 ต่อ 212 โทรศัพท์มือถือ : 084-334-9939 โทรสาร : 0-4524-3301 E-mail : s.sopitsuda@gmail.com</p>

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 10	การพัฒนากระบวนการบริหารและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 22	โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
ตัวชี้วัดที่ (R 55)	ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบการนำข้อมูลการเงินนอกงบประมาณฝ่ายธนาคารพาณิชย์เข้าระบบ GFMS ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2568
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>GFMS ย่อมาจาก Government Fiscal Management Information System หมายถึง การบริหารงานการเงินการคลังภาครัฐ ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ระบบงานดังกล่าวเกิดขึ้นจากการที่รัฐบาลมีนโยบายดำเนินการโครงการปรับปรุงการบริหารงานการคลังภาครัฐโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับการทำงาน ด้านการบริหารการคลังของภาครัฐให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ปรับเปลี่ยนแนวทางบริหารงานไปเป็นการเน้น ผลผลิต ผลลัพธ์ และเป้าหมายการดำเนินงาน สามารถเปลี่ยนแปลงนโยบาย สู่การปฏิบัติได้จริง และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสามารถตอบสนองต่อการบริหารประเทศที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง พร้อมเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะ ระบบการเบิกจ่ายผ่านระบบGFMSจะทำให้กระบวนการในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณของส่วนราชการต่างๆ ลดขั้นตอนเอกสาร โดยไม่ต้องมีการเขียนใบฎีกาเบิกจ่ายอีกเพียงแต่ใส่ข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ ก็จะส่งข้อมูลมายังกรมบัญชีกลาง และเมื่อตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว ก็จะอนุมัติการเบิกจ่ายเงินจากบัญชีที่ธนาคารแห่งประเทศไทย (ธปท.) และโอนเงินเข้าบัญชีแก่ผู้รับงานของส่วนราชการได้ทันที โดยมุ่งเน้นกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ระดับล่างและท้องถิ่น ในภาพรวมของการบริหารประเทศ รัฐบาลได้มีนโยบายพัฒนาการบริหารงานให้ก้าวสู่แนวทางของรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ (e-Government) เพื่อให้รัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนายุทธ์และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการปฏิรูประบบราชการไทย รวมถึงเป็นกลไกศูนย์กลางในการพัฒนาระบบงานทางอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ ในอนาคต</p> <p>ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน หมายถึง การที่หน่วยงานดำเนินงานตามขั้นตอนการบริหารงานการเงินของหน่วยงานราชการ ตามระบบ GFMS ถูกต้องตามขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการนำส่ง บข.11 ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน <u>1.25 คะแนน</u> 2. บัญชีอาคารและครุภัณฑ์ interface ในระบบ GFMS และทะเบียนคุมสินทรัพย์ <u>1.25 คะแนน</u>

	<p>3. บัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ตรงกับ รายงานเงินคงเหลือประจำวัน หน่วยงานมีการประเมินผลความถูกต้องของบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ถูกต้องราย 6 เดือน <u>1.25 คะแนน</u></p> <p>4. บัญชีเงินฝากหน่วยเบิกจ่าย-ฝากคลังในระบบ GFMS และทะเบียนคุมเงินบำรุงฝากคลังถูกต้องตรงกัน <u>1.25 คะแนน</u></p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบการนำเข้าเงินนอกงบประมาณ เข้าสู่ระบบ GFMS มีความถูกต้องครบถ้วนทันเวลา เป็นข้อมูลที่มีคุณภาพ ทันเวลา		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ จำนวน 26 แห่ง		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการประเมินของผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานรายเดือน รายไตรมาส รายรอบการประเมินผล		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทั่วไป (งานการเงิน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
รายการข้อมูล 1	A =หน่วยงานระดับอำเภอที่ดำเนินการได้ถูกต้องตามระบบ (หน่วยงาน)		
รายการข้อมูล 2	B =หน่วยงานระดับอำเภอทุกอำเภอ (จำนวน 26 แห่ง)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุกเดือน		

<p>เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :</p> <p>รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568</p> <p>รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568</p>

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1.25 คะแนน	มีการนำส่ง บข.11 ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน
1.25 คะแนน	บัญชีอาคารและครุภัณฑ์ interface ในระบบ GFMS และทะเบียนคุมสินทรัพย์
1.25 คะแนน	บัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ตรงกับ รายงานเงินคงเหลือประจำวัน หน่วยงานมีการประเมินผลความถูกต้องของบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ถูกต้องราย 6 เดือน
1.25 คะแนน	บัญชีเงินฝากหน่วยเบิกจ่าย-ฝากคลังในระบบ GFMS และทะเบียนคุมเงินบำรุงฝากคลังถูกต้องตรงกัน
(ประเมินทุกข้อ นำคะแนนมารวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	

วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ 4 ขั้นตอน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายพิทักษ์ ทองทวน ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป โทร.089-7226501 อีเมลล์ tuk_ubon@hotmail.com

	2.นางลักษณะวะดี สุพรหม ตำแหน่งหัวหน้างานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร. 081-8728400 อีเมลล์ lugsanavadee17@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางลักษณะวะดี สุพรหม ตำแหน่งหัวหน้างานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร. 081-8728400 อีเมลล์ lugsanavadee17@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 10	การพัฒนากระบวนการบริหารและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 22	โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
ตัวชี้วัดที่ (R 56)	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ประจำปีงบประมาณ 2568
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หน่วยงานราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) เป็นไปภายใต้ แนวคิดยิ่งเปิดเผยยิ่งโปร่งใส (More open, more transparent) ซึ่งเป็นหลักการ พื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้ จากเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุมการปฏิบัติราชการในทุกมิติ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ แปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ

	<p>(Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้ ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามที่ปฏิทินกำหนด</p> <p>จำแนกเป็น 9 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล ประกอบด้วย ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 2 ข้อ (2) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 3 ข้อ (3) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 3 ข้อ (4) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 3 ข้อ (5) ตัวชี้วัดการรับสินบน ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 2 ข้อ (6) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 1 ข้อ (7) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 5 ข้อ (8) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 1 ข้อ (9) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 2 ข้อ <p style="text-align: center;">รวม 22 ข้อ</p>		
<p>เกณฑ์เป้าหมาย หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA</p>			
	<p style="text-align: center;">ปีงบประมาณ 2568</p>	<p style="text-align: center;">ปีงบประมาณ 2569</p>	<p style="text-align: center;">ปีงบประมาณ 2570</p>
	<p style="text-align: center;">ร้อยละ 94</p>	<p style="text-align: center;">ร้อยละ 94</p>	<p style="text-align: center;">ร้อยละ 94</p>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้รับทราบถึงสถานะและปัญหาการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 2. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค นำมาตรการการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งในระดับนโยบายระดับปฏิบัติการ มาบังคับใช้ และปฏิบัติอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร 3. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้มีการจัดการข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบระเบียบ เตรียมความพร้อมในการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะให้ได้รับทราบและส่งเสริมให้เกิดการตรวจสอบ 		
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 แห่ง 2. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 4 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 25 แห่ง 		

	4. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 22 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	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) -ไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)
แหล่งข้อมูล	1. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) 2. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (OIT) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 92 (ใน 1 ปี)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (52 หน่วยงาน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) 1. ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) 2. ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ประเมินรอบที่ 1 วันที่ 28 กพ.2568 3. ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี) 4. ไตรมาสที่ 4 รอบ 12 เดือน (เดือนกันยายนของทุกปี) ประเมินรอบที่ 2 วันที่ 15 สค. 2568

การติดตามรายไตรมาส	หน่วยงานจำนวน 52 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT)ผ่านเกณฑ์การประเมินในแต่ละรอบไตรมาส ดังนี้		
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
5 ระดับขั้นความสำเร็จ (ต้องผ่าน MOIT1-5)	ค่าเป้าหมายร้อยละ 84	ค่าเป้าหมายร้อยละ 89	ค่าเป้าหมายร้อยละ 94

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม	
1 คะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (5 ระดับ)	(MOITผ่านครบ 1-5 ข้อ)
2 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 55	(MOITผ่าน 10 ข้อขึ้นไป)
3 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 84	(MOITผ่าน 14 ข้อขึ้นไป)
4 คะแนน	ระดับคะแนนที่ 3 และ ไม่มี จนท.ถูกชี้มูลทุจริต	
5 คะแนน	ระดับคะแนนที่ 3 และไม่มี จนท.ถูกชี้มูลทุจริต +ไม่มี จนท.ถูกลงโทษฐานทุจริต	

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม	
1 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 84	(MOITผ่าน 14 ข้อขึ้นไป)
2 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 85	(MOITผ่าน 15 ข้อขึ้นไป)
3 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 89	(MOITผ่าน 17 ข้อขึ้นไป)
4 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 94 และไม่มีจนท.ถูกชี้มูล+ไม่มีจนท.ถูกลงโทษ(MOITผ่าน 20ข้อขึ้นไป)	
5 คะแนน	ระดับคะแนนที่ 4 และ ไม่มีจนท.ถูกชี้มูลทุจริต+ไม่มีจนท.ถูกลงโทษฐานทุจริต (MOITผ่าน20ข้อขึ้นไป)	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายประเทือง คำภานันต์ นิติกรชำนาญการพิเศษ, หัวหน้ากลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นายพิทักษ์ มูลประดับ นิติกรชำนาญการ 2.นางสาวอภิรดี จิตรแสวง เจ้าพนักงานธุรการ

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 10	การพัฒนากระบวนการธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 23	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 57)	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 26 แห่ง มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA : Hospital Accreditation ดังนี้</p> <p>1. การรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐาน ชั้น 3 (Hospital Accreditation:HA)</p> <p>1.1 อายุการรับรอง 3 ปี หมายถึง การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มีการพัฒนาที่เน้นการขับเคลื่อนคุณภาพทั้งองค์กร เกิดผลการดำเนินงานที่เป็นไปตามมาตรฐาน มีการบูรณาการและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ได้คะแนนจากการเยี่ยมประเมินตามมาตรฐาน ตอนที่ I-IV ไม่น้อยกว่า 2.5 จากคะแนนเต็ม 5.00 และปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยทุกข้อ</p> <p>1.2 อายุการรับรอง 4 ปี หมายถึง โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองขั้นมาตรฐาน และมีคะแนนในแต่ละบทของมาตรฐาน ตอนที่ I-III และตอนที่ IV ไม่น้อยกว่า 2.5 และยกเว้น ตอนที่ I-1,I-3,II-1,II-3,II-4,II-6,IV-1,IV-2 และตอนที่ III ไม่น้อยกว่า 3.00 จากคะแนน 5.00 และปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยทุกข้อ</p> <p>2. การรับรองคุณภาพขั้นก้าวหน้า (Advanced HA :A-HA) อายุการรับรอง 4 ปี หมายถึง สถานพยาบาลที่มีการพัฒนาต่อยอดจากการรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐาน (ชั้นที่ 3) (HA) โดยมีการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการใช้ประโยชน์จากผลลัพธ์การพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพสถานพยาบาลให้บรรลุวิสัยทัศน์และมุ่งสู่ความเป็นเลิศ มีคะแนนจากการเยี่ยมประเมิน ตอนที่ I-III ไม่น้อยกว่า 3.00 ตอนที่ IV มีค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.50 จากคะแนน 5.00 และปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยทุกข้อ</p> <p>3. การรับรองคุณภาพขั้นก้าวหน้า(Advanced HA :A-HA) อายุการรับรอง 5 ปี หมายถึง สถานพยาบาลที่มีการพัฒนาขั้นก้าวหน้าต่อเนื่องและมีคะแนนจากการเยี่ยมประเมิน ตอนที่ I-III ไม่น้อยกว่า 3.50 ตอนที่ IV มีค่าเฉลี่ยมากกว่า 4.00 จากคะแนน 5.00 และปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยทุกข้อ</p>

	4.DHSA (District Health System Accreditation: DHSA) การรับรองสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ หมายถึง โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองขั้นมาตรฐานที่มีอายุการรับรอง 3 ปีขึ้นไปและได้คะแนนตอนที่ II-8,III-6 ไม่น้อยกว่า 3.50 คะแนนตอนที่ II-9และ III-1 ไม่น้อยกว่า 3.00 จากคะแนน 5.00		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ผ่านระดับ 5 ร้อยละ 100	ผ่านระดับ 5 ร้อยละ 100	ผ่านระดับ 5 ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนและกระตุ้นให้ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและไว้วางใจได้ในระดับสากล 2. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานคุณภาพบริการของโรงพยาบาลทุกแห่ง ให้มีความรู้ด้านคุณภาพสามารถอ้างและหรือสามารถยกระดับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้สูงขึ้น เช่น <ol style="list-style-type: none"> 2.1) ผ่านการรับรอง 3 ปี (Re-accreditation) 2.2) ผ่านการรับรอง 4 ปี (Re-accreditation) 2.3) การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA) 2.4) ผ่านการรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) รับรอง 4 ปี, รับรอง 5 ปี 3. เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ และปลอดภัย 		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงานผลงานประจำไตรมาส		
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จากรายงานผลงานจากทุกโรงพยาบาล 2. แหล่งข้อมูลเว็บไซต์ ข้อมูลการรับรองและสถานการณรับรองของสถานพยาบาล ตามมาตรฐาน HA ของ สรพ. (https://www.ha.or.th) 		
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จ ระดับ 5		
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนโรงพยาบาลทุกแห่ง		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		

การติดตามรายไตรมาส	ปีงบประมาณ 2568			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	
ระดับ 1-2 (2 คะแนน)	ระดับ 1-3 (3 คะแนน)	ระดับ 1-4 (4 คะแนน)	ระดับ 1-5 (5 คะแนน)	

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
ระดับ 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ประจำปี 2568 2. มีการทบทวน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อปรับ วิสัยทัศน์ พันธกิจ เข้มมุ่ง แผนยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดที่สำคัญและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล 3. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยตามตัวชี้วัดมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ (กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีการทบทวนหา Root Cause Analysis : RCA) 4. มีการทบทวน 12 กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง (เมื่อพบอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปมีการทบทวนหา RCA) 5. มีกระบวนการปรับปรุงผลการดำเนินงานให้ดีขึ้น (CQI/R2R/วิจัย) หลังการทบทวนอุบัติการณ์ 6. มีการจัดทำแผนผังควบคุมกำกับติดตามการดำเนินงานของโรงพยาบาลให้เป็นไปตามกำหนดเวลา (Time Line) ประจำปีงบประมาณ 2568 7. มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับการเยี่ยมสำรวจ/การเยี่ยมเพื่อเฝ้าระวัง (Surveillance Survey)/การประเมินต่ออายุการรับรอง (Reaccreditation Survey) ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพขององค์กรตาม Recommendation ที่ได้จาก สรพ. - มีการประเมินตนเอง SAR และส่งเอกสารขอต่ออายุก่อนครบกำหนดอายุรับรอง 6 เดือน
ระดับ 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการดำเนินการตามระดับ 1 ร่วมกับ 2. มีการจัดทำแผนปฏิบัติงาน/โครงการพัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาล ที่สอดคล้องกับโอกาสพัฒนาของโรงพยาบาล 3. มีรายงานความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผนพัฒนาคุณภาพ ตามระยะเวลาที่กำหนด
ระดับ 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการดำเนินการตามระดับ 1 และระดับ 2 2. มีการรายงานความก้าวหน้าตาม Recommendation ส่ง สรพ. ตามระยะเวลาที่กำหนด.

ระดับ 4	1. มีการดำเนินการตามระดับ 1, ระดับ 2, ระดับ 3 2. มีการดำเนินงานให้เป็นไปตาม Time Line ที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 80 3. ผลการเยี่ยมสำรวจที่ลดระดับ เช่น ติด Focus Survey ต้องรับการประเมินใหม่, ถูกปรับระดับการเยี่ยมจาก Reaccreditation Survey เป็น Accreditation Survey หรือ Education Survey เนื่องจากกระบวนการพัฒนาไม่เป็นไปตามที่ สรพ.กำหนด , ต้องส่งการบ้านภายใน 6 เดือน เป็นต้น																		
ระดับ 5	1. มีการดำเนินการตามระดับ 1, ระดับ 2, ระดับ 3 2. มีการดำเนินงานให้เป็นไปตาม Time Line ที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 80 3. ผลการเยี่ยมสำรวจ มีการอ้างการพัฒนาคุณภาพ หรือยกย่องการรับรองการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ในระดับที่สูงขึ้น																		
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด																		
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 2. ระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ฯ พ.ศ. 2566 3. แหล่งข้อมูลเว็บไซต์ สรพ. (https://www.ha.or.th)																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Based line data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ปีงบประมาณ (พ.ศ.)</th> </tr> <tr> <th>2565</th> <th>2566</th> <th>2567</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของ <u>โรงพยาบาลศูนย์/รพท.</u> ผ่านการรับรอง HA ขั้นมาตรฐาน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของ <u>โรงพยาบาลชุมชนผ่าน</u> การรับรอง HA ขั้นมาตรฐาน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>86.36</td> <td>90.9</td> <td>95.45</td> </tr> </tbody> </table>	Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			2565	2566	2567	ร้อยละของ <u>โรงพยาบาลศูนย์/รพท.</u> ผ่านการรับรอง HA ขั้นมาตรฐาน	ร้อยละ	100	100	100	ร้อยละของ <u>โรงพยาบาลชุมชนผ่าน</u> การรับรอง HA ขั้นมาตรฐาน	ร้อยละ	86.36	90.9	95.45	
Based line data			หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)															
	2565	2566		2567															
ร้อยละของ <u>โรงพยาบาลศูนย์/รพท.</u> ผ่านการรับรอง HA ขั้นมาตรฐาน	ร้อยละ	100	100	100															
ร้อยละของ <u>โรงพยาบาลชุมชนผ่าน</u> การรับรอง HA ขั้นมาตรฐาน	ร้อยละ	86.36	90.9	95.45															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1) นางพิชญภา สงทอง หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801-4 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ : 09 4985 5964 2) นายยศธน ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 089-7228810																		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี																		
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1) นางพิชญภา สงทอง หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801-4 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ : 09 4985 5964																		

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 10	การพัฒนากระบวนการบริหารและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 23	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 58)	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีการพัฒนาวิจัยและนวัตกรรม
ค่าถ่วงน้ำหนัก	5 คะแนน
คำนิยาม	<p>1. องค์กรความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และให้บริการด้านสาธารณสุขได้</p> <p>2. การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม</p> <p>3. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ผ่านกระบวนการวิจัยพัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด ซึ่งมีการใช้ประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว</p> <p>จำแนกเป็น 4 ประเภท ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นการพัฒนาและนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมไปถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เช่น ชุดทดสอบ ชุดเครื่องมือ ผลิตภัณฑ์รักษาโรค ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น 2) นวัตกรรมบริการ (Service Innovation) เป็นการนำเสนอบริการใหม่ที่เกิดจากการสร้างชิ้นใหม่ หรือปรับปรุงสิ่งเดิม เช่น Test Service การทดสอบความชำนาญ OECD GLP ขอการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น 3) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทางหรือวิธีการผลิตสินค้า หรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิม ด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยี กระบวนการ และเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงานโดยรวมให้มีประสิทธิภาพ และ

	<p>ประสิทธิผลสูงขึ้น เช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนา กระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น</p> <p>4) นวัตกรรมจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้ความรู้ทางด้านการบริหารจัดการมาปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กร สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น Model Development การใช้ระบบ QR Code การพัฒนาระบบพีเลียง เป็นต้น</p> <p>เทคโนโลยีทางสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้เป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดี และมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ)</p> <p>4. การผลิต หมายถึง การนำเอาปัจจัยการผลิตมาผ่านกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งภายใต้เทคโนโลยีระดับหนึ่งผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ หรือประโยชน์ทางเศรษฐกิจ</p> <p>5. การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ หมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจขั้นสูง การใช้อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น 2) การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหยเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข <p>ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค เป็นต้น</p>
--	---

	<p>3) การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น</p> <p>ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ระบบบริหารจัดการองค์ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ทำหน้าที่ในการจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยี ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดด้านสุขภาพในหน่วยงาน</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขใน กลุ่มงาน/งาน/ศูนย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สสข./ศสม./PCC/PCU ในจังหวัดอุบลราชธานี ทั้ง 25 อำเภอ</p>		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. แจงนับผลงานวิจัย/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/นวัตกรรมด้านสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมนำเสนองานวิชาการระดับจังหวัด เขต และกระทรวง</p> <p>1.4 ผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ด้านสุขภาพที่ผ่านการอ่านทบทวนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และบรรณาธิการวารสารวิชาการต่างๆ ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่</p>		
แหล่งข้อมูล	<p>1. สรุปลงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีประจำปี 2568</p> <p>2. สรุปลงานดำเนินงานสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับประจำปี 2568</p>		

การติดตามรายไตรมาส		ปีงบประมาณ 2568	
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
<ul style="list-style-type: none"> - มีการวางแผนการจัดทำนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมสุขภาพ - มีการคัดเลือกการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (1 เรื่อง) - มีแผนปฏิบัติการประจำปี 2568 - มีแผนงบประมาณในการทำนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - รูปภาพกิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการควบคุมกำกับติดตามงาน - รายงานความก้าวหน้าการจัดทำ นวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน - มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการรายงานผลการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (1 เรื่อง) - มีรายงานผลงานวิจัย/R2R/ นวัตกรรมด้านสุขภาพ ประจำปี อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง - มีนักวิจัยหน้าใหม่ของหน่วยบริการ(มีผลงานวิจัยครั้งแรกในปี 2568) - มีการเผยแพร่องค์ความรู้ - มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานนวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - เผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการระดับจังหวัดขึ้นไป

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม

ความสำเร็จระดับ 1

- มีการวางแผนนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ
- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมสุขภาพ
- มีการคัดเลือกการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (อย่างน้อย 1 เรื่อง)
- มีแผนปฏิบัติการประจำปี
- มีแผนงบประมาณในการทำนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ

ความสำเร็จระดับ 2

- มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม

ความสำเร็จระดับ 3

- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ
- มีรูปภาพกิจกรรมการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประกอบ

ความสำเร็จระดับ 4					
<ul style="list-style-type: none"> - มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน - มีรายงานความก้าวหน้าการจัดทำนวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน - มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม 					
ความสำเร็จระดับ 5					
<ul style="list-style-type: none"> - มีการรายงานผลการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (อย่างน้อย 1 เรื่อง) - มีรายงานผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านสุขภาพ ประจำปี อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง - มีนักวิจัยหน้าใหม่ของหน่วยบริการ (มีผลงานวิจัยครั้งแรกในปี 2568) - มีการเผยแพร่องค์ความรู้ - มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการคิดค้นนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - เผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการระดับจังหวัดขึ้นไป อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง 					
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			
วิธีการประเมินผล :		ประเมินตามเกณฑ์ หลักฐานเชิงประจักษ์ ภาพถ่าย การรายงานกิจกรรม กระดานข่าว			
เอกสารสนับสนุน :		<ol style="list-style-type: none"> 1. เว็บไซต์ http://www.thailand.digitaljournals.org ในกรณีที่ผลงานนวัตกรรม/วิจัย/R2R ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุข / เว็บไซต์ กลุ่มงานสนับสนุนบริการสุขภาพ http://www.ubonhealthnews.com 2. ผลงานที่เป็นต้นฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการพิจารณาว่าเหมาะสมจากบรรณาธิการ ซึ่งพร้อมที่จะเผยแพร่ 3. เอกสารนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) ที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ (Journal) ในระดับชาติหรือนานาชาติ 4. บทความย่อผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในงานประชุมวิชาการระดับจังหวัด / เขต / กระทรวงสาธารณสุขประจำปี 			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2565	2566	2567
ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาและนำไปถ่ายทอดเผยแพร่		เรื่อง	183	170	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางเกตุศิรินทร์ ฉิมพลี ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 122 โทรศัพท์มือถือ : 081-966-6632 E-mail : ketsirind@hotmail.com 2.นางธิดารัตน์ บุญทรง ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 122 โทรศัพท์มือถือ : 089-626-9853 E-mail : thidarat.b@hotmail.co.th
หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางเกตุศิรินทร์ ฉิมพลี ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 122 โทรศัพท์มือถือ : 081-966-6632 E-mail : ketsirind@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 10	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 24	โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล
ตัวชี้วัดที่ (R 59)	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา ที่มีประสิทธิภาพ ประหยัด สมเหตุสมผลและโปร่งใส เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา ที่มี ประสิทธิภาพ ประหยัด สมเหตุสมผล และโปร่งใสการซื้อร่วมและลดอัตราสำรองคงคลัง จะต้องผ่านตัวชี้วัด ดังนี้ 1) ร้อยละของการจัดซื้อร่วมยาและ วมย. \geq 30% ของการจัดซื้อยาและ วมย.ทั้งหมด 2) ทุกโรงพยาบาลมีอัตราคงคลังเฉลี่ยในโรงพยาบาลไม่เกิน 2 เดือน (ข้อมูลจากงบทดลอง) 3) ทุก รพ.สต. อัตราคงคลังใน รพ.สต.ไม่เกิน 2 เดือน 4) ทุกโรงพยาบาลซื้อยาสมุนไพร 9 รายการจากแหล่งผลิต มากกว่าร้อยละ 80 ของแผน โดยต้องดำเนินการตามมาตรการดังนี้ 1) ขับเคลื่อนการบริหารจัดการด้านยาและ วมย. ผ่าน คกก. PTC และ คกก. Cupboard อำเภอ มีการประชุมอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

<p>2) ให้โรงพยาบาลจัดซื้อยา และ วมย.ทุกประเภทตามประกาศที่สืบราคาร่วม, ราคาอ้างอิง, ซื้อร่วมแบบมีสัญญา</p> <p>3) คกก. PTC ติดตาม กำกับผลการรายงานการเข้าร่วมและ วมย. และอัตราสำรองคลังให้ตรงตามเวลาที่กำหนดโดยไม่เกินวันที่ 15 ของไตรมาสถัดไป</p> <p>4) แจ้งรายงานปัญหาการจัดซื้อร่วมยา และ วมย. ให้ สสจ. ทราบ</p> <p>5) ซื้อยาสมุนไพรจากแหล่งผลิตในอันดับแรก (9 รายการแรกที่สามารถเบิกได้จาก สปสช.)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2568 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 4 หัวข้อ (ความสำเร็จระดับ 5)

	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อให้สถานพยาบาลทุกระดับ มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านยา และ วมย. ที่มีประสิทธิภาพ มาตรฐาน ประหยัด สมเหตุสมผล โปร่งใส		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลทั้งภาครัฐ ระดับ โรงพยาบาล สสอ. และ รพ.สต.		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดึงข้อมูลจากโปรแกรมรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ กบรส. ดึงข้อมูลจากงบทดลอง ผลการนิเทศงาน การลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม		
แหล่งข้อมูล	-โปรแกรมรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ กบรส. -ดึงข้อมูลจากงบทดลอง -ผลการนิเทศงาน -การลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

ตัวชี้วัด 4 ตัวชี้วัด

- 1) ร้อยละของการจัดซื้อร่วมยาและ วมย. $\geq 30\%$ ของการจัดซื้อยาและ วมย.ทั้งหมด
- 2) ทุกโรงพยาบาลมีอัตราคลังเฉลี่ยในโรงพยาบาลไม่เกิน 2 เดือน (ข้อมูลจากงบทดลอง)
- 3) ทุก รพ.สต. อัตราคลังใน รพ.สต.ไม่เกิน 2 เดือน
- 4) ทุกโรงพยาบาลซื้อยาสมุนไพร 9 รายการจากแหล่งผลิต มากกว่าร้อยละ 80 ของแผน

มาตรการ 5 ข้อ

- 1) ขับเคลื่อนการบริหารจัดการด้านยาและ วมย. ผ่าน คกก. PTC และ คกก. Cupboard อำเภอ มีการประชุมอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
- 2) ให้โรงพยาบาลจัดซื้อยา และ วมย.ทุกประเภทตามประกาศที่สืบราคาร่วม, ราคาอ้างอิง, ซื้อร่วมแบบมีสัญญา

- 3) คกก. PTC ติดตาม กำกับผลการรายงานการซื้อยาร่วมและ วมย. และอัตราสำรองคงคลังให้ตรงตามเวลาที่กำหนดโดยไม่เกินวันที่ 15 ของไตรมาสถัดไป
- 4) แจ้งรายงานปัญหาการจัดซื้อร่วมยา และ วมย. ให้ สสจ. ทราบ
- 5) ซื้อยาสมุนไพรจากแหล่งผลิตในอันดับแรก (9 รายการแรกที่สามารถเบิกได้จาก สปสช.)

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 1 ตัวชี้วัด (หัวข้อใดก็ได้จาก 4 ตัวชี้วัด)
2 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 2 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 2 ตัวชี้วัด (หัวข้อใดก็ได้จาก 4 ตัวชี้วัด)
3 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 3 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัด (หัวข้อใดก็ได้จาก 4 ตัวชี้วัด)
4 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 4 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 4 ตัวชี้วัด โดยดำเนินการตาม มาตรการ อย่างน้อย 4 ข้อใน 5 ข้อ
5 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 5 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 4 ตัวชี้วัด โดยดำเนินการตาม มาตรการ ครบทั้ง 5 ข้อ
วิธีการประเมินผล :	ดึงข้อมูลจากโปรแกรมรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ กปรส. ดึงข้อมูลจากงบทดลอง ผลการนิเทศงาน การลงพื้นที่ตรวจสอบ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวนันทิกร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ Jutharat.216@gmail.com
หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1.ภก.วิรัตน์ พวงจันทร์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ 086-256-4539 2.ภญ.วิชชุดา สืบสาย ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ เบอร์โทร 045-243 301 ต่อ 202 3.ภญ.พิชญ์สินี บุตดีเสาร์ ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ เบอร์โทร : 090-252-8998

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 10	การพัฒนากระบวนการบริหารและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 24	โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล
ตัวชี้วัดที่ (R 60)	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาล ส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล (RDU โรงพยาบาล)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาล ส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล และงานปฐมภูมิ ต้องดำเนินการ 3 หัวข้อ ดังนี้คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) RDU District และความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผล 2) มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 3) งานเภสัชปฐมภูมิ <p>1) RDU District และความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผล จะต้องผ่านตัวชี้วัดดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.อำเภอดำเนินการตามเกณฑ์ PLEASE และผ่าน RDU ระดับโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ข้อขึ้นไป (เป้าหมาย $\geq 70\%$ ของจำนวน โรงพยาบาลทั้งหมด) 2.รพ.สต. ในอำเภอผ่านเกณฑ์ RDU รพ.สต. (เป้าหมาย 80% ของจำนวนอำเภอทั้งหมด) (นับรวม รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจสู่อปท.) <p style="text-align: center;">ต้องดำเนินงานตาม มาตรการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ทบทวนการดำเนินงาน DRU ในโรงพยาบาล ตามกุญแจ 6 ดอก PLEASE 2) โรงพยาบาลทบทวนเวชระเบียนทุกกรณี ในตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ โดยเฉพาะตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะ ใน AD =ห้องเสีย FTW =บาดแผล RI =ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และกำหนดมาตรการในการแก้ปัญหา 3) ติดตามผลการดำเนินงาน RDU ใน HDC ทุกเดือน 4) จัดปฐมนิเทศ ประเมินความรู้เรื่อง RDU สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 5) มีกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลให้ผู้รับบริการหรือประชาชน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 6) นิเทศ กำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลังในระดับตำบล ในพื้นที่ ที่ยังไม่ผ่าน KPI อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 7) Feedback ข้อมูลการดำเนินงาน RDU ให้ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบในพื้นที่ ได้รับทราบทุกเดือน ตามช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม 8) มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้งาน RDU อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 9) เภสัชกรโรงพยาบาลเป็นพี่เลี้ยงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

	<p>2) มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา จะต้องผ่านตัวชี้วัดดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) จำนวนโรงพยาบาลระดับ F1-F3 ที่ผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 100 2) จำนวนโรงพยาบาลระดับ M ขึ้นไป ที่ผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 100 3) โรงพยาบาลทุกแห่งมีการรายงานการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่าน Tawai App. และ HPVC (ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ) และมีการตรวจยีนส์แพ้ยา <p style="text-align: center;">ต้องดำเนินงานตามมาตรการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การกำหนดนโยบายบริหารระบบยาเพื่อความปลอดภัยด้านยา ประชุม PTC เพื่อขับเคลื่อนระบบยาอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง 2) มีแผนพัฒนาระบบมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในมิติที่มีคะแนนต่ำกว่าระดับ 3 ในโรงพยาบาล ระดับ F1-F3 และ 4 ในโรงพยาบาลระดับ M ขึ้นไป 3) มีการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านระบบ Tawai app. และ HPVC และมีการตรวจยีนส์แพ้ยา <p>3.งานเภสัชปฐมภูมิ จะต้องผ่านตัวชี้วัดดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) โรงพยาบาลมีเภสัชกรที่จบหลักสูตรเภสัชกรรมปฐมภูมิ อย่างน้อย 1 คน /แห่ง มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด 2) โรงพยาบาลให้บริการเภสัชกรรมทางไกลทุกแห่ง Tele-pharmacy 3) โรงพยาบาลทุกแห่งต้องมีระบบการจัดส่งยา Health Rider ส่งยาทางไปรษณีย์ 4) โรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F1 ขึ้นไป มีร้านยาเครือข่ายลดแออัด บริการผู้ป่วย NCD <p style="text-align: center;">ต้องดำเนินงานตามมาตรการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) โรงพยาบาลมีการจัดระบบจัดส่งยา Health Rider ส่งยาทางไปรษณีย์ 2) โรงพยาบาลระดับ F1 ขึ้นไปสมัครเข้าร่วมร้านยาเครือข่ายลดแออัด 3) บุคลากรผ่านการอบรมหลักสูตรเภสัชกรรมปฐมภูมิ 4) มีระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล Tele-pharmacy 		
<p>เกณฑ์เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 3 หัวข้อ (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>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อให้สถานพยาบาลทุกระดับมีการพัฒนาระบบมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา</p>		

	ที่มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน สมเหตุสมผล และให้บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนมีความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เกิดความปลอดภัย จากการใช้ยา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลทั้งภาครัฐทั้งระดับ รพ., สสอ, รพ.สต.และ บุคลากรทางการแพทย์ ที่เกี่ยวข้อง และประชาชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดึงข้อมูลจากโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข, โปรแกรม HPVC, TAWAI, การนิเทศงาน ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม, การประเมินตนเอง, การประเมินผลการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แห่ง และโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข, โปรแกรม HPVC, TAWAI, ข้อมูลคลังจากงบทดลอง งานการเงิน สสจ., ผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา, รายงานผลการดำเนินงาน, ผลการนิเทศติดตาม ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

โรงพยาบาล ส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุสมผล และงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ความสำเร็จระดับ 1 ผ่านเกณฑ์ 1 หัวข้อ (หัวข้อใดก็ได้ใน 3 หัวข้อ)

ความสำเร็จระดับ 2 ผ่านเกณฑ์ 2 หัวข้อ (หัวข้อใดก็ได้ใน 3 หัวข้อ)

ความสำเร็จระดับ 3 ผ่านเกณฑ์ 3 หัวข้อ โดยหัวข้อที่ 1 (ดำเนินการตามมาตรการอย่างน้อย 3 ข้อใน 9 ข้อ)

ความสำเร็จระดับ 4 ผ่านเกณฑ์ 3 หัวข้อ โดยหัวข้อที่ 1 (ดำเนินการตามมาตรการอย่างน้อย 6 ข้อใน 9 ข้อ)

ความสำเร็จระดับ 5 ผ่านเกณฑ์ 3 หัวข้อ โดยหัวข้อที่ 1 (ดำเนินการตามมาตรการทั้ง 9 ข้อ)

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1
2 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 2
3 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 3
4 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 4
5 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 5

วิธีการประเมินผล :

ฐานข้อมูล 43 แห่ง และโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข, โปรแกรม HPVC, TAWAI, ข้อมูลคลังจากงบทดลอง งานการเงิน สสจ., ผลการประเมินมาตรฐาน

	ความปลอดภัยด้านยา, รายงานผลการดำเนินงาน, ผลการนิเทศติดตาม ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวนันทิกร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ Jutharat.216@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.ภญ.วิชชุดา สีสาย ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ เบอร์โทร 045-243 301 ต่อ 202 2.ภญ.ภาวินี พุฒเขียว ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ เบอร์โทร 081-879-3199 3.ภญ.พิชญ์สินี บุคดีเสาร์ ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ เบอร์โทร : 090-252-8998

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 10	การพัฒนาธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 24	โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล
ตัวชี้วัดที่ (R 61)	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (Rational Drug Use in Community: RDU Community) หมายถึง การออกแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยงทั้งสถานบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยาและการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย</p> <p>การพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน แบ่งเป็น 5 กิจกรรมหลัก (5 key Activities)ดังนี้</p>

	<p>1.การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล (Proactive Hospital based Surveillance)</p> <p>2.การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community based Surveillance)</p> <p>3.การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อการใช้อย่างสมเหตุผล (Community Participation)</p> <p>4.การส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector)</p> <p>5.การสร้างความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน RDU community ระดับความสำเร็จของการเฝ้าระวังการใช้อย่างสมเหตุผลในร้านชำ โดยใช้โปรแกรมหอมแดง/G-RDU และความสำเร็จของการใช้อย่างสมเหตุผลในความรอบรู้ในการใช้ยา (Health literacy) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน</p> <p>ต้องดำเนินการ ดังนี้</p> <p>1.มีการสำรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในแหล่งจำหน่ายในชุมชน : ร้านชำ โดยใช้หอมแดง application อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และติดตาม เฝ้าระวังผู้ได้รับผลกระทบจากการใช้ยาไม่สมเหตุผล</p> <p>2.มีฐานข้อมูลร้านชำ /การจำหน่ายผลิตภัณฑ์ในร้านชำในพื้นที่ ที่เป็นปัจจุบัน และข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการใช้ยาไม่สมเหตุผล</p> <p>3.มีกระบวนการ/กิจกรรม สร้างรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU Literacy) ให้แก่ผู้ประกอบการร้านชำ/อาสาสมัครสาธารณสุข/ ประชาชน ทั้ง 3 กลุ่ม</p> <p>4.อำเภอมีการพัฒนาร้านชำสีแดง สู่ร้านชำปลอดภัย เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 แห่ง ต่อ 1 รพ.สต.</p> <p>5.กำหนดชุมชนในการดำเนินงาน RDU community อย่างน้อย อำเภอละ 1 ชุมชน ให้มีกระบวนการคืนข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและจัดการปัญหา ในชุมชน ร่วมกับชุมชน หรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p>		
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>มีการดำเนินงานการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน ทุกอำเภอ</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>วัตถุประสงค์</p>	<p>มีเป้าหมายเพื่อประชาชน มีความรอบรู้ ปลอดภัยจากการใช้ยา</p>		
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล , ผู้ประกอบการร้านชำ โรงเรียน อสม. และเครือข่าย คุ่มครองผู้บริโภคนในพื้นที่</p>		

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมหอมแดง / G-RDU แบบสำรวจ Health literacy โปรแกรม Tawai การนิเทศงาน ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม สรุปรายงานดำเนินงานของพื้นที่ ประเมินกระบวนการทำงาน ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน และการรายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมหอมแดง / G-RDU แบบสำรวจ Health literacy โปรแกรม Tawai รายงานการดำเนินงาน ผลการนิเทศติดตาม ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

1.ระดับความสำเร็จของการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำโดยใช้โปรแกรมหอมแดง/G-RDU

และการจัดการปัญหาในพื้นที่

ความสำเร็จระดับ 1 มีการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำทุกแห่งโดยใช้โปรแกรมหอมแดง/G-RDU ครอบคลุมน้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนร้านชำในพื้นที่ และมีการจัดการปัญหาในชุมชนในพื้นที่ในระดับไม่ได้ดำเนินการ

ความสำเร็จระดับ 2 มีการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำทุกแห่งโดยใช้โปรแกรมหอมแดง/G-RDU ครอบคลุมร้อยละ 51-60 ของจำนวนร้านชำในพื้นที่ และมีการจัดการปัญหาในชุมชนในพื้นที่ในระดับมีพื้นที่เป้าหมายแล้ว

ความสำเร็จระดับ 3 มีการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำทุกแห่งโดยใช้โปรแกรมหอมแดง/G-RDU ครอบคลุมร้อยละ 61-70 ของจำนวนร้านชำในพื้นที่ และมีการจัดการปัญหาในชุมชนในพื้นที่ในระดับดำเนินการจัดการปัญหาดังกล่าวแล้วเสร็จ

ความสำเร็จระดับ 4 มีการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำทุกแห่งโดยใช้โปรแกรมหอมแดง/G-RDU ครอบคลุมร้อยละ 71-80 ของจำนวนร้านชำในพื้นที่ และมีการจัดการปัญหาในชุมชนในพื้นที่ในระดับวิเคราะห์ผล ค้นข้อมูลให้แก่พื้นที่ดังกล่าวแล้วเสร็จ

ความสำเร็จระดับ 5 มีการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำทุกแห่งโดยใช้โปรแกรมหอมแดง/G-RDU ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนร้านชำในพื้นที่ และมีการจัดการปัญหาในชุมชนในพื้นที่ในระดับมีแผนการดำเนินงานและแนวทางการดำเนินงานในปีถัดไป

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1
2 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 2
3 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 3
4 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 4
5 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 5

2. ระดับความสำเร็จของการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำโดยใช้โปรแกรมหอมแดง/G-RDU

ความสำเร็จระดับ 1 มีการสำรวจ Health literacy ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ใน health station คลอบคลุมน้อยกว่าร้อยละ 20

ความสำเร็จระดับ 2 มีการสำรวจ Health literacy ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ใน health station คลอบคลุมร้อยละ 21-30

ความสำเร็จระดับ 3 มีการสำรวจ Health literacy ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ใน health station คลอบคลุมร้อยละ 31-40

ความสำเร็จระดับ 4 มีการสำรวจ Health literacy ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ใน health station คลอบคลุมร้อยละ 41-50

ความสำเร็จระดับ 5 มีการสำรวจ Health literacy ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ใน health station คลอบคลุมร้อยละ 51-60

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1
2 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 2
3 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 3
4 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 4
5 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 5

ประเมินทั้ง 2 ส่วน นำค่าคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)
หารด้วย 2 (จะมีค่าคะแนน 5 คะแนนเต็ม)

วิธีการประเมินผล :	ประเมินเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ โปรแกรมหอมแดง /G-RDU แบบสำรวจ Health literacy ผลการดำเนินงาน ผลการนิเทศติดตามลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวนันท์กร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ Jutharat.216@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด ภญ.ภาวิณี พุฒเขียว ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ

	เบอร์โทร 065-0929838 อีเมลล์ paput2567@gmail.com
--	---

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 10	การพัฒนากระบวนการภายในและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 24	โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล
ตัวชี้วัดที่ (R 62)	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุสมผล (RLU Hospital) ตามที่กำหนด
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุสมผล (Rational Laboratory Use: RLU) หมายถึง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์มีประสิทธิภาพและถูกต้องโดยเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมในการคัดกรองการวินิจฉัย การติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรคโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ</p> <p>2. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและได้รับการตรวจติดตามภาวะโรคเบาหวานด้วยการตรวจ HbA1c และควรได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการติดตามการตรวจที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2568	<p>1. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C ซ้ำภายใน 90วัน ไม่เกินร้อยละ10</p> <p>2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งมากกว่าร้อยละ70</p> <p>3. ร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาสู่โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุสมผล (RLU Hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการสุขภาพให้มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุสมผลในระดับจังหวัด</p> <p>2. เพื่อส่งเสริมการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุสมผล โดยนำร่องในรายการตรวจ HbA1c ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งด้าน Over utilization และ Under utilization</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผู้รับผิดชอบงานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกโรงพยาบาล รวบรวมและส่งข้อมูลของโรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด			
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกโรงพยาบาล			
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน			
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100 =$ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน			
รายการข้อมูล 3	C=จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
รายการข้อมูล 4	D=จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อยปีละ 1 มากกว่าร้อยละ 70 $= (C/D) \times 100$			
รายการข้อมูล 5	E= จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาสู่โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 6	F=จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในสังกัดปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาสู่โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด $= (E/F) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)			
การติดตามรายไตรมาส	ปีงบประมาณ 2568			
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกิน ร้อยละ 25	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกิน ร้อยละ 20	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกิน ร้อยละ 15	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกิน ร้อยละ 10	
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อยปีละ 1 มากกว่า ร้อยละ 30	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อยปีละ 1 มากกว่า ร้อยละ 50	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อยปีละ 1 มากกว่า ร้อยละ 70	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อยปีละ 1 มากกว่า ร้อยละ 90	

ร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาสู่โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางของปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 20	ร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาสู่โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 30	ร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาสู่โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 40	ร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาสู่โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 50
--	---	---	---

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

ชั้นที่	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
ชั้นที่ 1	<ol style="list-style-type: none"> มีคำสั่งแต่งตั้ง กก. RLU ที่เป็นสหสาขาวิชาชีพและผู้รับผิดชอบหลัก (อาจเรียกว่า Mr.RLU หรือ RLU coordinator) ที่ลงนามโดย ผอ.รพ. หรือผู้บริหารสูงสุด มีหลักฐานการประชุม/ มติ / การนำไปปฏิบัติ มีการจัดทำประกาศเจตนารมณ์มุ่งสู่ RLU hospital ที่ลงนามโดย ผอ.รพ. เป็นลายลักษณ์อักษร มีการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ
ชั้นที่ 2	<ol style="list-style-type: none"> มีการวิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือกโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization) มีบัญชีรายการโรคหรือ ภาวะหรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา (overutilization และ/หรือ underutilization)
ชั้นที่ 3	มีการกำหนดมาตรการหรือประกาศแนวทางปฏิบัติของ รพ. เพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization ในการปฏิบัติงาน
ชั้นที่ 4	<ol style="list-style-type: none"> มีการกำหนดตัวชี้วัด RLU ของ รพ. ที่ระบุเป้าหมาย วัดผลได้ ที่ ผอ.รพ. ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร (ตัวชี้วัดด้าน overutilization และ/หรือ underutilization) มีการประเมินผลตัวชี้วัด RLU อย่างน้อย 2 ตัวชี้วัด <ol style="list-style-type: none"> 2.1 มีการเก็บข้อมูลร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C ซ้ำภายใน 90 วัน 2.2 มีการเก็บข้อมูลร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
ชั้นที่ 5	<ol style="list-style-type: none"> รพ.มีการสมัครและดำเนินงาน ผ่านตามเกณฑ์ บันได 4 ชั้น มีผลลัพธ์การตรวจ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานซ้ำภายใน 90 ไม่เกินร้อยละ 10 มีผลลัพธ์การตรวจ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานซ้ำภายใน 90 ไม่เกินร้อยละ 10

4. มีผลลัพธ์การตรวจ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 90					
คะแนน Ranking		การประเมิน			
1 คะแนน		ดำเนินการได้ ชั้นที่ 1			
2 คะแนน		ดำเนินการได้ ชั้นที่ 1+2			
3 คะแนน		ดำเนินการได้ ชั้นที่ 1+2+3			
4 คะแนน		ดำเนินการได้ ชั้นที่ 1+2+3+4			
5 คะแนน		ดำเนินการได้ ชั้นที่ 1+2+3+4+5			
เอกสารสนับสนุน :		แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) https://rluthailand.com/			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2565	2566	2567
ร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่าน เกณฑ์พัฒนาสู่โรงพยาบาลที่มี การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสม เหตุผล (RLU Hospital) ร้อยละ 80		ร้อยละ	N/A	N/A	1
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C ซ้ำ ภายใน 90 วัน ไม่เกิน ร้อยละ 10		ร้อยละ	-	-	-
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่า ร้อยละ 90		ร้อยละ	-	-	81.70
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1) นางพิชญาภา ฮงทอง หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801-4 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ : 09 4985 5964 2) นายยศชน ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 089-722-8810			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล		กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน		1) นางพิชญาภา ฮงทอง หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801-4 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ : 09 4985 5964			

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy		
แผนงานที่ 11	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ		
โครงการที่ 26	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง		
ตัวชี้วัดที่ (R 63)	ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพบัญชี (AC) เครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2568		
ค่าถ่วงน้ำหนัก	3 คะแนน		
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit : AC) -เครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โปรแกรมตรวจสอบประเมินคุณภาพบัญชี อิเลคทรอนิกส์ 2. คู่มือตรวจสอบบททดลอง 3. คู่มือตรวจสอบบัญชี <p>ระดับความสำเร็จ หมายถึง การที่หน่วยงานได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพบัญชี AC ได้ตามขั้นตอนเกณฑ์การดำเนินงานตาม Milestone 4 ขั้นตอน โดยมีกิจกรรมการดำเนินการดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการรายงานการคำนวณ TPS และวิเคราะห์ Cash flow เป็นประจำทุกเดือน 1.25 คะแนน 2. รายได้กองทุน UC - OP แบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่าเหมาจ่ายรายหัว - กองทุน UC OP ให้มีเพียงบัญชีใดบัญชีหนึ่ง 1.25 คะแนน 3. มีหน่วยงานมีการตรวจสอบรายการลูกหนี้ค่ารักษา และเจ้าหนี้การค้าทุกเดือน <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำทะเบียนคุมลูกหนี้ค่ารักษาทุกสิทธิ 0.50 คะแนน 2. จัดทำทะเบียนคุมเจ้าหนี้การค้าทุกรายการ 0.50 คะแนน 3. ทะเบียนคุมลูกหนี้ค่ารักษา และเจ้าหนี้การค้า ต้องตรงกับบททดลอง 0.25 คะแนน 4. ผลงาน (คุณภาพบัญชีของแม่ข่ายและลูกข่าย) ทาง website แม่ข่ายผ่านเกณฑ์ 100 คะแนน ลูกข่ายผ่านเกณฑ์ 50 คะแนน (ตรวจสอบผ่าน website เิงประจักษ์) 1.25 คะแนน 		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ 2. เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของงบการเงิน 3. ใช้เป็นเครื่องมือปรับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การพัฒนาคุณภาพบัญชี: เก็บข้อมูลจากระบบ อิเล็กทรอนิกส์ รายเดือน
แหล่งข้อมูล	1. จาก Website 1.Webonlineintra.gfmis.go.th 2. www.hfo68.moph.go.th 3. https://jad.moph.go.th/main/eia หรือ https://jad.moph.go.th/app
รายการข้อมูล 1	A= หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชี (แห่ง)
รายการข้อมูล 2	B= หน่วยงานที่เข้ารับการประเมิน (แห่ง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1.25 คะแนน	มีการรายงานการคำนวณ TPS และวิเคราะห์ Cash flow เป็นประจำทุกเดือน 1.25 คะแนน
1.25 คะแนน	รายได้กองทุน UC - OP แบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ ส่วนต่างค่ารักษาที่สูงกว่า เหมาจ่ายรายหัว – กองทุนUC OP ให้มีเพียงบัญชีใดบัญชีหนึ่ง 1.25 คะแนน
1.25 คะแนน	มีหน่วยงานมีการตรวจสอบรายการลูกหนี้ค่ารักษา และเจ้าหนี้การค้าทุกเดือน 1.1 จัดทำทะเบียนคุมลูกหนี้ค่ารักษาทุกสิทธิ 0.50 คะแนน 1.2 จัดทำทะเบียนคุมเจ้าหนี้การค้าทุกรายการ 0.50 คะแนน 1.3 ทะเบียนคุมลูกหนี้ค่ารักษา และเจ้าหนี้การค้า ต้องตรงกับงบทดลอง 0.25 คะแนน
1.25 คะแนน	ผลงาน (คุณภาพบัญชีของแม่ข่ายและลูกข่าย) ทาง website แม่ข่ายผ่านเกณฑ์ 100 คะแนน ลูกข่ายผ่านเกณฑ์ 50 คะแนน (ตรวจสอบผ่าน website เชิง ประจักษ์) 1.25 คะแนน
ประเมินทั้ง 4 ข้อ นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	

วิธีการประเมินผล : ประเมินตามเกณฑ์ Milestone 4 ขั้นตอน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	100	100	100

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายพิทักษ์ ทองทวน โทร.089-722-6501	ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป อีเมลล์ tuk_ubon@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางลักษณะวะดี สุพรหม กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป โทร. 081-872-8400	ตำแหน่งหัวหน้างานการเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อีเมลล์ lugsanavadee17@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy	
แผนงานที่ 11	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ	
โครงการที่ 26	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	
ตัวชี้วัดที่ (R 64)	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 6-7	
ค่าถ่วงน้ำหนัก	5 คะแนน	
คำนิยาม	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้	
ประเภทตัวชี้วัด	น้ำหนักความ รุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
1) กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		
1.1 CR < 1.5	1	CR = สินทรัพย์หมุนเวียน /หนี้สินหมุนเวียน
1.2 QR < 1.0	1	QR = เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้ /หนี้สินหมุนเวียน
1.3 Cash < 0.8	1	Cash Ratio = เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด /หนี้สินหมุนเวียน
2) 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			
3.1 มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียนที่เพียงพอรับภาระการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ)			
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	* กรณีมีกำไรจากการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน	
b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 3 เดือน ไม่เกิน 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 มีความเสี่ยงทางการเงินสูง			
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ระดับ 7 = 0	ระดับ 7 = 0	ระดับ 7 = 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 ระดับ 7,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	ปีงบประมาณ 2568			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	
มีแผน Plan-fin แผนเงินบำรุง แผนลงทุน ครบทุกหน่วย	ใช้ Plan-fin แผนเงินบำรุง แผนลงทุน เป็นเครื่องมือใน การบริหารหน่วยงาน	วิเคราะห์ส่วนต่างแผนการ เงินกับรายงานทางการเงิน ระหว่างไตรมาส	สรุปเปรียบเทียบแผนการเงินของ ปีกับรายงานการเงินประจำปี	
มีคำสั่งและมีการประชุม CFO	มีการประชุม วิเคราะห์ การเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลัง มีการประเมินอย่างต่อเนื่อง			
มีคำสั่งและมีการประชุม คณะกรรมการจัดเก็บรายได้	มีการประชุม ติดตาม กำกับ การจัดเก็บรายได้ทุกกองทุนเป็นประจำทุกเดือน			

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

ลำดับ	กิจกรรมดำเนินงาน	เอกสารประกอบการประเมิน/คะแนนแต่ละกิจกรรม
1	มีการประชุมคณะกรรมการ CFO ทุกเดือน (2 คะแนน)	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 (2 คะแนน)	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 (1 คะแนน)	รายได้ตามเกณฑ์ = 1 คะแนน รายได้ไม่ตามเกณฑ์ = 0 คะแนน
4	ค่าใช้จ่ายไม่เกินเกณฑ์ ณ เดือนที่ปิดบัญชีแล้ว (1 คะแนน)	ค่าใช้จ่ายไม่เกินเกณฑ์ = 1 คะแนน ค่าใช้จ่ายเกินเกณฑ์ = 0 คะแนน
5	รายงานแผน-ผล เงินบำรุง ทุกเดือน (1 คะแนน)	รายงานทุกเดือน = 1 คะแนน รายงานไม่ครบทุกเดือน = 0 คะแนน
6	รายงานแผน-ผล เงินลงทุน ทุกเดือน (1 คะแนน)	รายงานทุกเดือน = 1 คะแนน รายงานไม่ครบทุกเดือน = 0 คะแนน
7	คงคลังรวมไม่เกิน 2 เดือน (1 คะแนน)	ไม่เกิน 2 เดือน = 1 คะแนน มากกว่าเกิน 2 เดือน = 0 คะแนน
8	Cash Ratio (CR) (1 คะแนน)	$CR \geq 1 = 1$ คะแนน $CR 0.8-0.99 = 0.5$ คะแนน, $CR < 0.8 = 0$ คะแนน
คะแนนเต็ม 10 คะแนน ปรับให้เหลือ 5 คะแนน (หาร 2)		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
Risk score 7	แห่ง	-	-	-
Risk score 4-6	แห่ง	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวประภัสสร ศันสนะพิทยากร หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 062-564-4487 โทรศัพท์มือถือ : 098-799-1651 2.นายยศธน ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 089-722-8810 3.นางลักษณะวะดี สุพรหม หัวหน้างานการเงินและบัญชี โทรศัพท์มือถือ : 081-872-8400			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางภานุณาถ มะโนมัย กลุ่มงานประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 062-564-4487 โทรศัพท์มือถือ : 064-081-5656			

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy
แผนงานที่ 11	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่ 26	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ตัวชี้วัดที่ (R 65)	ระดับความสำเร็จของอำเภอมีการบริหารจัดการด้านแผนอย่างมีประสิทธิภาพ ปีงบประมาณ 2568
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการด้านแผน หมายถึง เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการของเครือข่ายบริการสุขภาพ เป็นแบบ Single plan คือ ทุกแผนรวมเป็นแผนเดียวกัน เช่น แผนปฏิบัติการ, แผนกองทุนสุขภาพตำบล แผนเงินบำรุง แผนงบอื่นๆ เป็นต้น และมีกระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) การแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2) การวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่

	<p>3) การนำนโยบายสาธารณสุขจากทุกระดับ ประกอบการวางแผนในพื้นที่</p> <p>4) แผนปฏิบัติการของหน่วยงานสอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหาของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย</p> <p>5) มีการสื่อสารแผนปฏิบัติงานของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ</p> <p>6) มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล</p> <p>7) มีการติดตามความก้าวหน้า การสรุปการประเมินผล และมีการรายงานตามห้วงเวลาที่กำหนด</p> <p>8) แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p> <p>9) มีการนำผลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานไปประกอบการวางแผนในรอบต่อไป</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ มีการบริหารจัดการแผน ให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องนโยบายระดับจังหวัด,เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข และมีความสอดคล้องกับแผนการเงินการคลัง		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการนิเทศติดตามประเมินผลการทำงานของพื้นที่และตรวจสอบจากแผนปฏิบัติการที่ขอรับการอนุมัติ และดำเนินการตามโครงการ		
แหล่งข้อมูล	แผนปฏิบัติการเครือข่าย/รายงานการเบิกจ่ายงบประมาณ		
รายการข้อมูล 1	A = เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ที่ผ่านเกณฑ์การบริหารจัดการแผนระดับ 5		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอทั้งหมด (25 แห่ง)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		
การติดตามรายไตรมาส	ปีงบประมาณ 2568		
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3
เสนออนุมัติแผนปฏิบัติการ ครบทั้ง 25 อำเภอ (<u>ธันวาคม 2567</u>)	เสนอโครงการใน แผนปฏิบัติการครบ 100% ในทุกอำเภอ (<u>30 มกราคม 2568</u>)	กำกับติดตามโครงการตามห้วงเวลาที่กำหนด	กำกับติดตามโครงการตามห้วงเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	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 <u>ตามห้วงเวลา</u> 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 หมายเหตุ ประเมินแผนปฏิบัติการไม่รวมโครงการที่ใช้บกองทุนสุขภาพตำบล				
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ขั้นที่ 1	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
ขั้นที่ 2		ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
ขั้นที่ 3			ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
ขั้นที่ 4				ผ่าน	ผ่าน
ขั้นที่ 5					ผ่าน
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ หลักฐานเชิงประจักษ์ การส่งโครงการเพื่อขออนุมัติ เลขานุการโซนทั้ง 4 โซนตรวจสอบการเสนอแผนงานโครงการ ตามห้วงเวลาที่กำหนด				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2565	2566	2567	
ผลการดำเนินงาน 25 เครือข่าย	ร้อยละ	100	100	100	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางอุษณีย์ เกติมี หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร : 081-848-2883 Email : usanee31@yahoo.co.th หรือ yut_ssjobon@hotmail.co.th
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางอุษณีย์ เกติมี หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร : 081-848-2883 Email : usanee31@yahoo.co.th หรือ yut_ssjobon@hotmail.co.th ผู้รับผิดชอบเลขานุการโซนทั้ง 4 โซน ตรวจสอบการอนุมัติโครงการ / ดำเนินการโครงการเป็นไปตามห้วงเวลาที่กำหนด

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy		
แผนงานที่ 11	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ		
โครงการที่ 26	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง		
ตัวชี้วัดที่ (R 66)	ร้อยละการบริหารจัดการงบประมาณ ประจําปีงบประมาณ 2568		
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน		
คำนิยาม	งบค่าเสื่อม หมายถึง งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม) ในรอบปีงบประมาณ 2568 เกณฑ์การประเมินรอบที่ 1 ประเมิน <u>การลงนามในสัญญา</u> ตามรายการในแผน เกณฑ์การประเมินรอบที่ 2 <u>ประเมินผลการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อม</u> ปีงบประมาณ 2568		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน รวมทั้งติดตามเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณของหน่วยงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของหน่วยงาน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ		

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงานงบค่าเสื่อม website สปสช. และการเบิกจ่ายจริง (หลักฐานทางการเงิน)
แหล่งข้อมูล	website สป.สช.
รายการข้อมูล 1	A = วงเงินงบค่าเสื่อมปี 2567 ที่ได้ดำเนินการบันทึกลงใน website สปสช.
รายการข้อมูล 2	B = วงเงินงบค่าเสื่อมปี 2567 ที่ได้รับการจัดสรร
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 (ประเมินการทำสัญญาการจัดซื้อจัดจ้าง) ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	ประเมินการลงนามในสัญญา <ร้อยละ 84
2 คะแนน	ประเมินการลงนามในสัญญา ร้อยละ 85-89
3 คะแนน	ประเมินการลงนามในสัญญา ร้อยละ 90-94
4 คะแนน	ประเมินการลงนามในสัญญา ร้อยละ 95-99
5 คะแนน	ประเมินการลงนามในสัญญา ร้อยละ 100

รอบที่ 2 (ประเมินผลลัพธ์มูลค่าการเบิกจ่ายงบประมาณ จัดซื้อจัดจ้าง)

ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	มูลค่าการเบิกจ่ายงบประมาณ จัดซื้อจัดจ้าง <ร้อยละ 84
2 คะแนน	มูลค่าการเบิกจ่ายงบประมาณ จัดซื้อจัดจ้าง ร้อยละ 85-89
3 คะแนน	มูลค่าการเบิกจ่ายงบประมาณ จัดซื้อจัดจ้าง ร้อยละ 90-94
4 คะแนน	มูลค่าการเบิกจ่ายงบประมาณ จัดซื้อจัดจ้าง ร้อยละ 95-99
5 คะแนน	มูลค่าการเบิกจ่ายงบประมาณ จัดซื้อจัดจ้าง ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล :	1. ประเมินจากระบบโปรแกรมค่าเสื่อมของ สปสช. 2. รายงานงบค่าเสื่อม จาก สนง.สสจ.อุบลราชธานี 3. หลักฐานเชิงประจักษ์ (สำเนาสัญญา/เบิกจ่าย)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางอุษณีย์ เกติมี หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร : 081-848-2883 Email : usanee31@yahoo.co.th หรือ yut_ssjobon@hotmail.co.th
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นายรังสรรค์ ศรีล้วน (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร.: 095-613-6676 Email : Rangsan2517@gmail.com
-------------------------	--

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence Strategy		
แผนงานที่ 11	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ		
โครงการที่ 26	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง		
ตัวชี้วัดที่ (R 67)	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการทางทันตสาธารณสุข		
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน		
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการทางทันตสาธารณสุข หมายถึง การจัดบริการด้านทันตสาธารณสุขที่มีคุณภาพ เอื้อต่อการมีสภาวะทันตสุขภาพที่ดี มีระบบรายงานข้อมูลที่สามารถวิเคราะห์ และนำมาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามนโยบายสำคัญต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>1. สภาวะทันตสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุ Carie free (คน) (ร้อยละ 75) เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ (Caries free) (คน) (ร้อยละ 73) ผู้สูงอายุ มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ (ร้อยละ 77) <p>2. งานพัฒนาคุณภาพบริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละการจัดซื้อร่วมวัสดุทันตกรรม (ร้อยละ 30) คุณภาพการรายงานตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข (รายเดือน) (ร้อยละ 80 ของจำนวนหน่วยบริการ) มีการพัฒนางาน (อสม.) ดีเด่น สาขาทันตสุขภาพ (จำนวน 1 คน / อำเภอ) มีผลงานวิชาการด้านทันตสุขภาพระดับอำเภอ (ร้อยละ 80 ของจำนวนหน่วยบริการ) <p>โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 รอบ และใช้เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ของแต่ละรอบตามแนวทางที่กำหนด</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข โดยการบริหารจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการทุกระดับ รพศ./รพท./รพช./ รพ.สต.
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HIS และ JHCIS 2. แบบฟอร์มรายงานที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนด 3. ข้อมูลการจัดซื้อรายไตรมาส
แหล่งข้อมูล	1. รายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี 2. ข้อมูล 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการ 3. สรุปผลการนิเทศงานผสมผสาน 4. สรุปผลการรายงานตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี 5. สรุปผลการดำเนินงาน Best practice 6. ระบบรายงานการบริหารเวชภัณฑ์ สำนักบริหารสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผลงานรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มสถานะทันตสุขภาพ B1 = จำนวนเป้าหมายรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มสถานะทันตสุขภาพ
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนผลงานรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ B2 = จำนวนเป้าหมายรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

ที่	ตัวชี้วัดย่อย
1	คุณภาพการรายงานตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข (รายเดือน) (ร้อยละ 80 ของจำนวนหน่วยบริการ) การส่งรายงานของกลุ่มงานทันตสาธารณสุข /ส่งรายเดือน (2.5 คะแนน)
2	มีการพัฒนางาน (อสม.) ดีเด่น สาขาทันตสุขภาพ (จำนวน 1 คน / อำเภอ) ผลการคัดเลือก อสม.ดีเด่นด้านทันตสุขภาพ (2.5 คะแนน)
คะแนนรวม 5 คะแนน	

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

ที่	ตัวชี้วัดย่อย
1.สถานะทันตสุขภาพ (คะแนน 3 คะแนน)	
	1.เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุ carie free (คน) (ร้อยละ 75)
	2.เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ (Caries free) (คน) (ร้อยละ 73)

3. ผู้สูงอายุ มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ (ร้อยละ 77)				
2. งานพัฒนาคุณภาพบริการ (คะแนน 2 คะแนน)				
1. ร้อยละการจัดซื้อร่วมวัสดุทันตกรรม (ร้อยละ 30)				
2. คุณภาพการรายงานตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข (รายเดือน) (ร้อยละ 80 ของจำนวนหน่วยบริการ)				
3. มีผลงานวิชาการด้านทันตสุขภาพระดับอำเภอ (ร้อยละ 80 ของจำนวนหน่วยบริการ)				
คะแนนรวม 5 คะแนน				
วิธีการประเมินผล :		ประเมินตามเกณฑ์ตัวชี้วัดย่อยในแต่ละตัวชี้วัด		
เอกสารสนับสนุน :		ยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปาก กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
1. เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุ carie free (คน)	ร้อยละ	82.33	79.14	
2. เด็ก 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ (caries free) (คน)	ร้อยละ	77.88	76.76	
3. เด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (คน)	ร้อยละ	82.88	81.42	
4. ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่	ร้อยละ	74.67	75.17	
5. ร้อยละการจัดซื้อร่วมวัสดุทันตกรรม	ร้อยละ	28.75	35.75	
6. คุณภาพการรายงานตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข (รายเดือน)	ร้อยละ	N/A	N/A	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ทพญ. อูมาพร รุ่งรัศมีทวีมานะ ตำแหน่ง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี Email : kunuma8766@gmail.com Mobile : 099-1742289 2. ทพญ. มัทธนา บันสิทธิ์ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ Email : mebebee@hotmail.com Mobile : 081-5472157			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. ทพญ. มัทธนา บันสิทธิ์ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ Email : mebebee@hotmail.com Mobile : 081-5472157			



Template
Health Economic
Excellence Strategy

ยุทธศาสตร์ที่ 5 Health Economic Excellence Strategy

ยุทธศาสตร์ที่ 5	Health Economic Excellence Strategy
แผนงานที่ 12	อุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
โครงการที่ 28	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 68)	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานส่งเสริมเศรษฐกิจฐานรากให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับอนุญาตใหม่ และการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน</p> <p>1.ส่งเสริมเศรษฐกิจฐานราก ให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับอนุญาตใหม่ เป็นการส่งเสริมและพัฒนาผู้ประกอบการ กลุ่มเศรษฐกิจฐานรากต้องเข้าข่ายคุณลักษณะอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชนตาม พรบ.ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. 2548 2) ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจรายย่อยและวิสาหกิจขนาดย่อม ตามกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของวิสาหกิจชุมชนขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ.2562 3) ผู้ประกอบการที่ไม่เข้าข่ายโรงงานตาม พรบ.โรงงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 <p>ได้รับการส่งเสริม หมายถึง ได้รับคำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบหลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานต่าง ๆ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพจนสามารถได้รับการอนุญาตผลิตภัณฑ์ใหม่</p> <p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการอนุญาต หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแล ของ อย. ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย โดยได้รับการอนุญาตจาก อย. หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ)</p> <p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับอนุญาตใหม่ หมายถึง มีการส่งเสริมผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานรากด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน (อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย) ที่ยังไม่ได้รับอนุญาตให้ได้รับอนุญาต</p> <p>2.การดำเนินงานความปลอดภัยของอาหาร เป็นการปฏิบัติงานในการจัดการด้านอาหารให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake Holders) ที่อยู่ในความรับผิดชอบ มีการดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งจะส่งผลโดยตรงให้อาหารปลอดภัย</p> <p>ความปลอดภัยของอาหาร หมายถึง การจัดการให้อาหารที่นำมาบริโภคมีความปลอดภัย โดยไม่มีสิ่งปนเปื้อนในอาหาร หรืออันตรายในอาหาร (Food Hazard) จากอันตรายทาง</p>

	<p>ชีวภาพ เคมี และกายภาพ ตลอดห่วงโซ่อาหารตั้งแต่การผลิตการแปรรูป การจัดเก็บ การขนส่ง การจำหน่าย ตลอดจนถึงการบริโภค เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับอาหารที่ปลอดภัย โดยมีกิจกรรมการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการวัดความสำเร็จ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีแผนและสุ่มตรวจสอบปนเปื้อน (สารฟอร์มาลีน ยาฆ่าแมลง และสารเร่งเนื้อแดง) ในวัตถุดิบอาหาร ณ สถานที่ประกอบการท่องเที่ยว ร้านอาหาร (ร้านเนื้อย่าง แจ่วฮ้อน) ครัวโรงพยาบาล ตลาดสี่เหลี่ยม เป้าหมาย จำนวน 50 ตัวอย่าง/อำเภอ 2) มีแผนตรวจสอบเฝ้าระวังสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP420) <ul style="list-style-type: none"> * ตรวจสอบเฝ้าระวังทุกแห่งในกรณีในเขตพื้นที่อำเภอมีสถานที่ผลิตอาหาร จำนวนน้อยกว่าหรือ เท่ากับ 35 แห่ง * ตรวจสอบเฝ้าระวัง จำนวนไม่น้อยกว่า 35 แห่ง กรณีในเขตพื้นที่ อำเภอมีสถานที่ผลิตอาหาร จำนวนมากกว่า 35 แห่ง (เน้นสถานที่ผลิตน้ำบริโภค น้ำแข็ง เครื่องดื่ม ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ และก๋วยจั๊บ) 3) มีแผนและตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป ณ แห่งจำหน่าย (ตลาดสด ร้านค้าขายส่ง ร้านค้า ห้างสรรพสินค้า สถานีขนส่ง และแหล่งท่องเที่ยว) ตามเป้าหมายของจังหวัด 4) มีกิจกรรม/โครงการ ในการแก้ไขปัญหาความไม่ปลอดภัยของอาหาร (Best Practice)
<p>เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2568</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.มีการส่งเสริมผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานรากด้านผลิตภัณฑ์ชุมชนที่ยังไม่ได้รับอนุญาต (ยกเว้น น้ำบริโภค ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท และน้ำแข็ง) ให้ได้รับอนุญาต อย่างน้อยอำเภอละ 1 ผลิตภัณฑ์ 2.มีแผนและสุ่มตรวจสอบปนเปื้อน (สารฟอร์มาลีน ยาฆ่าแมลง และสารเร่งเนื้อแดง) ในวัตถุดิบอาหาร ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 3.สถานที่ผลิตอาหารตามเป้าหมายได้รับการตรวจประเมิน และผ่านหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ร้อยละ 100 4.ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป ณ แห่งจำหน่าย (ตลาดสด ร้านค้าขายส่ง/ร้านค้า ห้างสรรพสินค้า สถานีขนส่ง และแหล่งท่องเที่ยว) ได้รับการตรวจสอบเฝ้าระวังตามเป้าหมายของจังหวัด
<p>วัตถุประสงค์ :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับอนุญาตตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ส่งผลให้ผู้บริโภคได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย รวมทั้งสามารถช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจ สร้างรายได้และโอกาสทางธุรกิจให้แก่ผู้ประกอบการรายย่อย

	2. เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ที่อยู่ในความรับผิดชอบ มีการดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ประชาชนและนักท่องเที่ยวได้รับความปลอดภัยจากการบริโภค
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :	1) วัตถุประสงค์อาหาร ณ สถานประกอบการท่องเที่ยว ร้านอาหาร (ร้านเนื้อย่าง แจ่วฮ้อน) โรงครัวโรงพยาบาล ตลาดสี่เหลี่ยม 2) สถานที่ผลิตอาหารแปรรูป 3) ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป ณ แหล่งจำหน่าย (ตลาดสด ร้านค้าขายส่ง/ร้านค้าห้างสรรพสินค้า สถานีขนส่ง และแหล่งท่องเที่ยว)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :	ประเมินกระบวนการทำงาน ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน และการรายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล :	รายงานผลการประเมินของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568:

รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568

ความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมเศรษฐกิจฐานรากให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับอนุญาตใหม่ และการดำเนินงานความปลอดภัยของอาหาร

- ข้อ 1** มีการส่งเสริมผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานรากด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ยังไม่ได้รับอนุญาต ให้ได้รับอนุญาตอย่างน้อย อำเภอละ 1 ผลิตภัณฑ์
- ข้อ 2** มีการสุ่มตรวจสอบปนเปื้อน (สารฟอร์มาลีน ยาฆ่าแมลง และสารเร่งเนื้อแดง) ในวัตถุประสงค์อาหาร ตามเป้าหมาย ร้อยละ 100 และมีผลตรวจผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80
- ข้อ 3** มีการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามเป้าหมาย ร้อยละ 100 และมีผลตรวจผ่านหลักเกณฑ์วิธีการที่ดี ในการผลิตอาหาร (GMP 420) ร้อยละ 100
- ข้อ 4** มีการตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป ณ แหล่งจำหน่าย (ตลาดสด ร้านค้าขายส่ง/ร้านค้า ห้างสรรพสินค้า สถานีขนส่ง และแหล่งท่องเที่ยว) ตามเป้าหมายของจังหวัด ร้อยละ 100
- ข้อ 5** มีกิจกรรม/โครงการ ในการแก้ปัญหาความไม่ปลอดภัยของอาหาร (Best Practice)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	ข้อ 1 มีการส่งเสริมผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานรากด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ยังไม่ได้รับอนุญาต แต่ไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ข้อ 2 มีการสุ่มตรวจสอบปนเปื้อน (สารฟอร์มาลีน ยาฆ่าแมลง และสารเร่งเนื้อแดง) ในวัตถุประสงค์อาหาร ตามเป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 60 และมีผลตรวจผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80

	<p><u>ข้อ 3</u> มีการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามเป้าหมาย <u>น้อยกว่าร้อยละ 60</u> และมีผลตรวจผ่านหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ร้อยละ 100</p> <p><u>ข้อ 4</u> มีการตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป ณ แหล่งจำหน่าย (ตลาดสด ร้านค้าขายส่ง/ร้านค้า ห้างสรรพสินค้า สถานีขนส่ง และแหล่งท่องเที่ยว) ตามเป้าหมายของจังหวัด <u>น้อยกว่าร้อยละ 80</u></p>
<p>2 คะแนน</p>	<p><u>ข้อ 1</u> มีการส่งเสริมผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานรากด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ยังไม่ได้รับอนุญาต <u>แต่ไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด</u></p> <p><u>ข้อ 2</u> มีการสุ่มตรวจสารปนเปื้อน (สารฟอร์มาลีน ยาฆ่าแมลง และสารเร่งเนื้อแดง) ในวัตถุดิบอาหาร <u>ตามเป้าหมายร้อยละ 60</u> และมีผลตรวจผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80</p> <p><u>ข้อ 3</u> มีการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร <u>ตามเป้าหมายร้อยละ 60</u> และมีผลตรวจผ่านหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ร้อยละ 100</p> <p><u>ข้อ 4</u> มีการตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป ณ แหล่งจำหน่าย (ตลาดสด ร้านค้าขายส่ง/ร้านค้า ห้างสรรพสินค้า สถานีขนส่ง และแหล่งท่องเที่ยว) ตามเป้าหมายของจังหวัด <u>น้อยกว่าร้อยละ 80</u></p>
<p>3 คะแนน</p>	<p><u>ข้อ 1</u> มีการส่งเสริมผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานรากด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ยังไม่ได้รับอนุญาต <u>ให้ได้รับอนุญาต อย่างน้อยกว่าอำเภอละ 1 ผลิตภัณฑ์</u></p> <p><u>ข้อ 2</u> มีการสุ่มตรวจสารปนเปื้อน (สารฟอร์มาลีน ยาฆ่าแมลง และสารเร่งเนื้อแดง) ในวัตถุดิบอาหาร <u>ตามเป้าหมายร้อยละ 70</u> และมีผลตรวจผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80</p> <p><u>ข้อ 3</u> มีการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร <u>ตามเป้าหมายร้อยละ 70</u> และมีผลตรวจผ่านหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ร้อยละ 100</p> <p><u>ข้อ 4</u> มีการตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป ณ แหล่งจำหน่าย (ตลาดสด ร้านค้าขายส่ง/ร้านค้า ห้างสรรพสินค้า สถานีขนส่ง และแหล่งท่องเที่ยว) ตามเป้าหมายของจังหวัด <u>ร้อยละ 80</u></p>
<p>4 คะแนน</p>	<p><u>ข้อ 1</u> มีการส่งเสริมผู้ประกอบการเศรษฐกิจฐานรากด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ยังไม่ได้รับอนุญาต <u>ให้ได้รับอนุญาต อย่างน้อยกว่าอำเภอละ 1 ผลิตภัณฑ์</u></p> <p><u>ข้อ 2</u> มีการสุ่มตรวจสารปนเปื้อน (สารฟอร์มาลีน ยาฆ่าแมลง และสารเร่งเนื้อแดง) ในวัตถุดิบอาหาร <u>ตามเป้าหมายร้อยละ 80</u> และมีผลตรวจผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80</p> <p><u>ข้อ 3</u> มีการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร <u>ตามเป้าหมายร้อยละ 80</u> และมีผลตรวจผ่านหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ร้อยละ 100</p> <p><u>ข้อ 4</u> มีการตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป ณ แหล่งจำหน่าย (ตลาดสด ร้านค้าขายส่ง/ร้านค้า ห้างสรรพสินค้า สถานีขนส่ง และแหล่งท่องเที่ยว) ตามเป้าหมายของจังหวัด <u>ร้อยละ 80</u></p> <p><u>ข้อ 5</u> มีกิจกรรม/โครงการ ในการแก้ไขปัญหาความไม่ปลอดภัย</p>

5 คะแนน	มีผลการดำเนินงานครบถ้วน ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด 1-5 ข้อ ทันเวลา
วิธีการประเมินผล :	ประเมินเชิงคุณภาพ ตรวจสอบหลักฐาน ร่องรอยการปฏิบัติงาน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี นางสาวนันทิกร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ ununthikorn216@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวนันทิกร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ ununthikorn216@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 5	Health Economic Excellence Strategy
แผนงานที่ 12	อุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
โครงการที่ 28	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ (R 69)	ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1.5 คะแนน
คำนิยาม	สถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง อาคาร สถานที่หรือบริเวณใดๆ ที่มีใช้หรือ ทางสาธารณะที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จและจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่ายโดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือนำไปบริโภคที่อื่นก็ตาม

	<p>ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานที่จำหน่ายอาหารได้รับอนุญาต/จัดแจ้งประกอบกิจการ 2. มีการลงทะเบียน และประเมินตนเอง บนระบบ food handler (http://foodhandler.moph.go.th/) 3. ผู้ประกอบการ และผู้สัมผัสอาหาร ผ่านการอบรม บนระบบ food handler 4. จัดทำฐานข้อมูลระดับอำเภอ และสรุปผลการประเมินตามกฎหมายกระทรวงฯ 4 หมวดและผลตรวจด้านแบคทีเรีย <p>มีร้านอาหารต้นแบบด้านสุขาภิบาลอาหาร SAN Plus</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด			
	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	เพื่อยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหารให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานที่จำหน่ายอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ทะเบียนสถานที่จำหน่ายอาหาร ผู้ประกอบกิจการ ผู้สัมผัสอาหาร การประเมินตนเอง การประเมินรับรองมาตรฐาน SAN & SAN Plus บนระบบงานสุขาภิบาลอาหาร food handler (http://foodhandler.moph.go.th/)		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สนง.สสจ.อบ. (http://foodhandler.moph.go.th/)		
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน		
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)		

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2568 :	
รอบที่ 1 ประเมินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568	
รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 15 สิงหาคม 2568	
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน/กิจกรรม
1 คะแนน	จัดทำฐานข้อมูลระดับอำเภอ สรุปผลการตรวจประเมินตามกฎหมายกระทรวงฯ 4 หมวด และผลตรวจด้านแบคทีเรีย
2 คะแนน	มีการลงทะเบียน ประเมิน ตนเอง และรับรองมาตรฐาน (SAN&SAN Plus) บนระบบ food handler

2 คะแนน	สถานที่จำหน่ายอาหารได้รับอนุญาต/จัดแจ้งประกอบกิจการ
2 คะแนน	ผู้ประกอบการ และผู้สัมผัสอาหาร ผ่านการอบรม บนระบบ food handler
3 คะแนน	มีร้านอาหารต้นแบบด้านสุขาภิบาลอาหาร(SAN Plus) รายใหม่
10 คะแนน	ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน -มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 = 10 -ผ่านร้อยละ 40 - 49 = 5 -ผ่านร้อยละ 30 - 39 = 3 -ผ่านร้อยละ 20 - 29 = 1 -ผ่านต่ำกว่าร้อยละ 20 = 0
ประเมินทุกข้อ นำคะแนนมารวมกัน คะแนนเต็ม 20 คะแนน (ปรับเป็น 5 คะแนน)	
วิธีการประเมินผล :	รายงานข้อมูลบนระบบ Food handler ปีงบประมาณ 2567
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายบดินทร์ บุญจันทร์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ โทรศัพท์มือถือ 091-020-4657 2. นางสิริพร แก้วมหาวงศ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 086-648-1889 กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสิริพร แก้วมหาวงศ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 086-648-1889 กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี