



แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ 2567 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

Version Update : 7 December 2023





คำนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี 2567 โดยมีความเชื่อมโยงกับนโยบายรัฐบาล นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับนโยบายเน้นหนักของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นโยบายเน้นหนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นกรอบแนวทางการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในสังกัดให้บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

การจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี 2567 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้มอบนโยบายการทำงาน โดยกำหนดเป็นวิสัยทัศน์การทำงาน 4 ด้าน ประกอบด้วย

- (1) ระบบบริการสุขภาพได้มาตรฐาน
- (2) บริหารจัดการอย่างโปร่งใส
- (3) รวมใจภาคีเครือข่าย
- (4) มุ่งหมายสุขภาวะประชาชน

ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนา 4 Excellence คือ

- (1) PP&P Excellence (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
- (2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
- (3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
- (4) Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

นอกจากนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ยังกำหนดเป้าหมายกลยุทธ์ที่ 5 คือ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและพัฒนาภาคีเครือข่าย

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

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ขอขอบคุณคณะผู้บริหารงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีส่วนในการปรับปรุงและแก้ไขแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ 2567 ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์และหวังว่าจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาด้านสาธารณสุข ให้กับหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

พฤศจิกายน 2566



สารบัญ

หน้า

นโยบายสำคัญกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567	1
ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2567	2
ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ 2567 (PA)	3
ยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2567.....	4
วิสัยทัศน์, พันธกิจ, เป้าประสงค์.....	4
ประเด็นยุทธศาสตร์	4
ค่านิยมองค์กร	4
วัฒนธรรมองค์กร	4
แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566-2570	5
นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2567 (24 ประเด็น)	6
รายละเอียดนโยบาย 24 ประเด็น ปี 2567	8
การประเมินผลงาน ปี 2567 และ Time Line การประเมินผลปี 2567.....	37
บัญชีตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2567.....	38
ตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2567	15
รายละเอียดตัวชี้วัด Ranking ปี 2567.....	44
ยุทธศาสตร์ที่ 1 PP&P Excellence Strategy (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค	
<i>เป็นเลิศ)</i>	45
R 1 การป้องกันการตายมารดาไทยของหน่วยบริการ	46
R 1.1 ระดับความสำเร็จของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ.....	46
R 2 เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย.....	49
R 2.1 ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ชั่งน้ำหนักวัดความยาว/ส่วนสูง....	49
R 2.2 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	51
R 2.3 ร้อยละเด็กอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็ก	
โดยการตรวจ Hct	53
R 2.4 ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ.....	55
R 2.5 ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย.....	56
R 2.6 ระดับความสำเร็จ รพ.สต./PCU มีการบันทึกข้อมูล เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัย	
ล่าช้าหลังได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น (DSPM ครั้งที่ 2) ด้วยรหัสแยกรายด้าน เพื่อส่งต่อ	
เข้าระบบ TEDA4I.....	58
R 3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน.....	61
R 4 ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนโครงการ โรงเรียนต้นแบบบูรณาการความร่วมมือ	
ครู หมอ พ่อแม่ /โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล.....	64
R 5 ระดับการขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์และคลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตร	
กับวัยรุ่น.....	66



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
R 6 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพียงพียง.....	68
R 7 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ.....	71
R 8 การคัดกรองภาวะเสี่ยงผู้สูงอายุ และการได้การดูแลรักษาอย่างไร้รอยต่อ.....	74
R 8.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ.....	74
R 8.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	77
R 9 การดำเนินงานกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้า ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I).....	81
R 10 ระดับความสำเร็จในการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี.....	83
R 11 ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยออริสติก ในเด็ก 2-5 ปี.....	86
R 12 ผลสำเร็จของการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี.....	88
R 13 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน EOC.....	91
R 13.1 ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ.....	91
R 13.2 ร้อยละหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ควบคุมโรคการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation).....	94
R 14 การดำเนินงานควบคุมโรค OVCCA.....	96
R 14.1 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	96
R 14.2 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี.....	99
R 14.3 ระดับความสำเร็จของอำเภอมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบในการบริหารจัดการสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร.....	101
R 15 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเด็กอายุครบ 1 ปี.....	103
R 15.1 วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด (IPV).....	103
R 15.2 วัคซีนโปลิโอชนิดหยอด (OPV3)	103
R 15.3 วัคซีนหัด, คางทูม, หัดเยอรมัน (MMR1).....	103
R 16 คุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (รง.506) (ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558).....	106
R 17 ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด.....	109
R 18 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคแบบบูรณาการภายใต้กลไกภาคีเครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร.	111



สารบัญญ (ต่อ)

หน้า

R 19 ระดับความสำเร็จของการพัฒนากลไกการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ และบริการสุขภาพ.....	114
R 20 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร	116
R 21 ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน นโยบายเมืองสุขภาพดี Healthy City.....	119
R 22 การพัฒนาสถานบริการสุขภาพตามมาตรฐาน EMS (Environment Modernized Smart Service).....	121
R 22.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป).....	121
R 22.2 ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (ระดับมาตรฐานขึ้นไป).....	124
ยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence Strategy (บริหารเป็นเลิศ).....	127
R 23 ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ.....	128
R 24 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Health Station.....	132
R 25 ระดับความสำเร็จของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน.....	135
R 26 ระดับความสำเร็จในการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเวลาที่กำหนด.....	138
R 27 ระดับความสำเร็จของผู้ป่วย Intermediate Care ได้รับบริการฟื้นฟูสภาพพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน.....	142
R 28 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3.....	148
R 29 ความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (DM Remission).....	151
R 30 ความสำเร็จการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี ด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์.....	154
R 31 ระดับความสำเร็จการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี (เริ่มสะสม ปีงบประมาณ 63-67).....	156
R 32 ระดับความสำเร็จการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย FIT Test ในประชาชน กลุ่มเป้าหมายอายุ 50-70 ปี.....	159
R 33 ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ.....	162
R 34 ความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract).....	167
R 35 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย.....	170
R 36 ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหายทุเลา (Remission).....	175



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
R 37 ความสำเร็จการบำบัดรักษาและติดตามเยี่ยมผู้ติดเชื้อเสฟติด.....	177
R 38 ผลสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ในระดับอำเภอ.....	180
R 39 การดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ.....	184
R 40 ระดับความสำเร็จของการจัดการเรื่อง Care D+ Team.....	187
R 41 ระดับความสำเร็จการควบคุมป้องกันรักษาโรคติดต่อ.....	189
R 41.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่.....	189
R 41.2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ.....	189
R 41.3 อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่.....	189
R 41.4 อัตราตายผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่.....	189
R 41.5 อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก....	189
R 41.6 ร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ.....	189
R 41.7 ร้อยละการ admitted ของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน...	189
R 42 ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี รู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส.....	196
R 43 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย.....	199
R 44 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการทางทันตสาธารณสุข.....	204
R 45 (ระดับความสำเร็จ) ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิที่ได้รับการรักษา ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.....	207
R 46 (ระดับความสำเร็จ) ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น.....	211
R 47 การพัฒนางาน RDU โรงพยาบาลและชุมชน.....	215
R 47.1 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาและเวชภัณฑ์ มีใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ ประหยัด สมเหตุผลและโปร่งใส.....	215
R 47.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community).....	218
R 48 การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....	220
R 48.1 ความสำเร็จการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....	220
R 48.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนา เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลทุกระดับ (ทั้งที่ ER และ Admit)	222



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ยุทธศาสตร์ที่ 3 <i>People Excellence Strategy</i> (บุคลากรเป็นเลิศ).....	226
R 49 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ.....	227
R 50 บุคลากร (หน่วยบริหาร/บริการ) ได้รับการพัฒนาศักยภาพสอดคล้องกับนโยบาย และทิศทางขององค์กร.....	231
R 51 ระดับความสำเร็จการดำเนินงานหน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T.....	237
ยุทธศาสตร์ที่ 4 <i>Governance Excellence Strategy</i> (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล).....	240
R 52 ระดับความสำเร็จการประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในหน่วยงาน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2567.....	241
R 53 ระดับความสำเร็จหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์ การประเมิน ITA ปีงบประมาณ 2567.....	244
R 54 ระดับความสำเร็จการดำเนินงานตามนโยบาย One Health เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ปี 2567.....	247
R 55 ระดับความสำเร็จการดำเนินงานบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่.....	249
R 56 ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน HAIT ของโรงพยาบาล ปี 2567.....	251
R 57 ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน โรงพยาบาลอัจฉริยะ.....	255
R 58 ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพบัญชี (AC) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2567.....	257
R 59 ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินไม่มีหน่วยบริการที่ประสบ ภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 4-7.....	260
R 60 ระดับความสำเร็จของอำเภอมีการบริหารจัดการด้านแผนอย่างมีประสิทธิภาพ ปี 2567.....	263
R 61 ร้อยละการบริหารจัดการงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2567.....	265
R 62 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย /R2R /นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดหน่วยงานระดับอำเภอ.....	267



นโยบายสำคัญกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2567

1. โครงการพระราชดำริ/เฉลิมพระเกียรติ/ที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์
 - ราชทัณฑ์ปันสุข (คัดกรองมะเร็งผู้ต้องขังทุกคน)
 - โครงการเฉลิมพระเกียรติ ฯ 72พรรษา
 - โรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ (รพร./รพท.)
 - แวนตาผู้สูงอายุ ผ่าตัดต่อกระดูก
 - สุศาลาพระราชทาน ผ่านการรับรองคุณภาพทุกแห่ง
 - รากฟันเทียม, ฟันเทียม
 - ออกหน่วยแพทย์พื้นที่ห่างไกล
 - ดูแลพระภิกษุสงฆ์
2. โรงพยาบาล กทม. 50 เขตและปริมณฑล
3. สุขภาพจิต/ยาเสพติด
 - จัดตั้งศูนย์ธัญญารักษ์ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดทุกจังหวัด
 - มีหอผู้ป่วยจิตเวชทุกจังหวัด
 - มีกลุ่มงานจิตเวช ทุกอำเภอ
4. มะเร็งครบวงจร
 - ให้วัคซีน HPV สตรี 11-20 ปี (1 ล้านคน)
 - คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ
 - มี Cancer Warrior ทุกจังหวัด
5. สร้างขวัญกำลังใจ
 - มี Care Team D+ ในหน่วยบริการทุกระดับ
 - บรรจุพยาบาล 3,000 ตำแหน่ง
 - กำหนดพยาบาลชำนาญการพิเศษ
 - แพทย์ลาเรียนได้รับการยกเว้นให้รับเงินเดือนระหว่างลาศึกษาต่อ
6. การแพทย์ปฐมภูมิ
 - ตรวจเลือด ปรึกษา Telemedicine ไกลบ้าน 1 จังหวัด 1 โรงพยาบาล
 - อนามัยโรงเรียน (ครู หมอ พ่อแม่) 1 อำเภอ 1 โรงเรียน
7. สาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เฉพาะ
 - ขึ้นทะเบียนเบิกจ่าย Real Time บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ
 - ลงทะเบียนเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มประชากรเฉพาะ
8. สถานชิวาภิบาล
 - จัดตั้งสถานชิวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง (นำร่องอย่างน้อย)
 - จัดตั้ง Hospital at Home จังหวัดละ 1 แห่ง
 - จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุทุกโรงพยาบาล
9. พัฒนาโรงพยาบาลแม่ข่าย
 - กำหนดเป้าหมายโรงพยาบาลแม่ข่าย
 - จัดทำแผนพัฒนาโรงพยาบาลแม่ข่าย
 - เพิ่มศักยภาพการวินิจฉัยด้วย CT/MRI



10. ดิจิทัลสุขภาพ

- บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ (4 เขตสุขภาพนำร่อง)
- จัดตั้งโรงพยาบาลอัจฉริยะ -Virtual Hospital

11. ส่งเสริมการมีบุตร

- บรรจุเป็นวาระแห่งชาติ บูรณาการร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- มีการจัดตั้งคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
- คัดกรองโรคหายากในทารกแรกเกิด 24 โรค

12. เศรษฐกิจสุขภาพ

- Blue Zone เขตสุขภาพละ 1 แห่ง
- รับรอง Wellness Center
- การอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน
- สร้างงานสร้างอาชีพ /นวดไทย/Caregiver /Care Assistant)

13. นักท่องเที่ยวปลอดภัย

- Safety Tourist
- One Region One Sky Doctor

ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567





ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2567

(PA : Performance Agreement)

1. เด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสมวัย
2. การประเมิน GREEN and CLEAN Hospital , รพ.สต.
3. PCC ชุมชนจัดการสุขภาพ (Health literacy)
4. Stroke
5. TB Success Rate
6. ป้องกันการฆ่าตัวตาย
7. STEMI
8. ยาเสพติด
9. การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ Wellness Center
10. การประเมิน ITA หน่วยงาน
11. การประเมิน HA โรงพยาบาล
12. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง : TPS



ยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2567

วิสัยทัศน์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (Vision)

“เป็นองค์กรหลักชั้นนำด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี
เจ้าหน้าที่มีความสุข ภายในปี พ.ศ. 2570”

พันธกิจ (Mission)

พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

เป้าประสงค์หลัก (Goals)

1. ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพะ
2. หน่วยบริการด้านสุขภาพทุกระดับ มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน
3. บุคลากรด้านสุขภาพ มีสมรรถนะและมีความสุข
4. หน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่งเป็นองค์กรแห่งคุณธรรม
5. ภาควิชาหรือฝ่ายมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic issue) สอดคล้องกับ 4 Excellence กระทรวงสาธารณสุข

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

ค่านิยมองค์กร

M = Mastery (เป็นนายตนเอง)

O = Originality (เร่งสร้างสิ่งใหม่)

P = People centered approach (ใส่ใจประชาชน)

H = Humility (ถ่อมตน อ่อนน้อม)

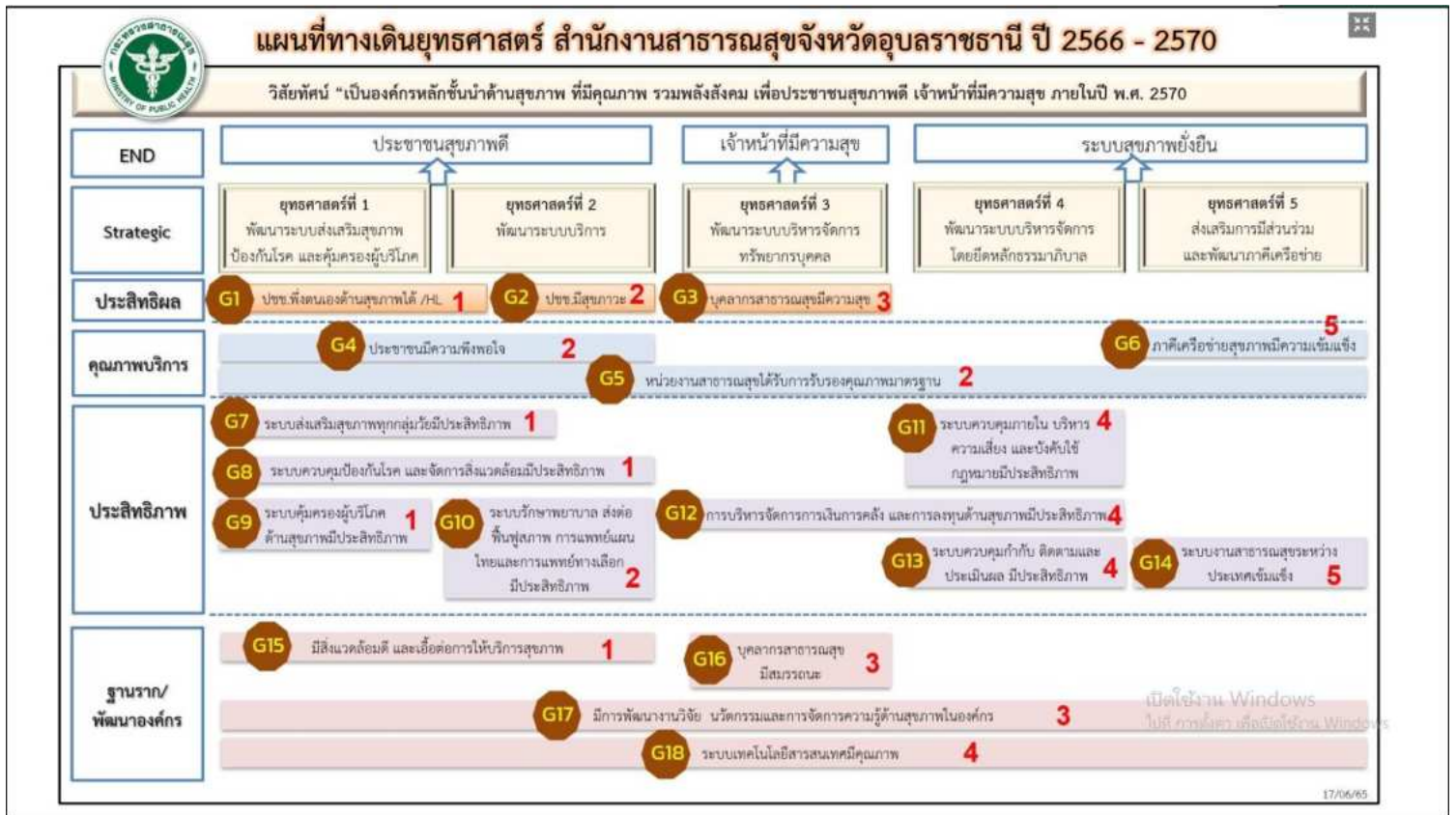
วัฒนธรรมองค์กร

“รับผิดชอบ ตรงต่อเวลา พัฒนาเป็นนิจ จิตบริการ ทำงานเป็นทีม”



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566 - 2570





สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี

นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2567

**3 ปี แห่งโอกาสพัฒนา
สาธารณสุขอุบลราชธานี**

เปิดใช้งาน Windows
ในปี 2567 (ปีที่ 2)

นพ.ธีระพงษ์ แก้วกมร
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ระบบบริการสุขภาพได้มาตรฐาน

ทำทันที

01 EOC

- อุกกภัย
- โรคอุบัติใหม่ อุตติซ้ำ

ทำต่อเนื่อง

02 การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

- Home Ward
- Intermediate Care
- Continuous of Care

03 การพัฒนา SW.

- sw.Sub Node 6 แห่ง / SAP
- การขยายบริการ sw.สปส.-sw.พสศร
- sw.4 ฟัน้อง
- EMS (Environment Modernize Smart Service)
- sw.ทันตกรรม

ทำและพัฒนา

04 Digital Health

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

05 วิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ

นพ.ธีระพงษ์ แก้วกมร



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บริหารจัดการอย่างโปร่งใส

ทำทันที

01 พัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถ ด้านการเงินการคลัง

- EMR คุณภาพ เพิ่มอัตราการรอดเพียง การส่งต่อสมเหตุสมผล
- ลดรายจ่าย (RDU , RLU , การซื้อยา/ วยย.รวม , ลดการสำรองเวชภัณฑ์ คงคลัง)
- การควบคุมภายใน
- Total Performance Score : TPS



ทำต่อเนื่อง

02 บุคลากร

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

03 SECA : smart energy and climate action

- ลดการใช้พลังงาน/ใช้พลังงานทางเลือก

ทำและพัฒนา

04 One Health

05 การพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง



เปิดใช้งาน Windows
ไม่ทำงานเพื่อเปิดใช้งาน Windows

ดร.ธีระพงษ์ แก้วภมร
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ร่วมใจภาคีเครือข่าย

ทำทันที

01 อนามัยโรงเรียน

- ครู หมอ พ่อแม่ 1 โรงเรียน 1 อำเภอ



02 สถานชิวาภิบาล

- Hospital at Home
- Long Term Care
- Palliative Care



ทำต่อเนื่อง

03 ถ่ายโอน sw.สต.

- บูรณาการการทำงานร่วมกัน (คน งาน เงิน)

04 Health Literacy



ทำและพัฒนา

05 งานสาธารณสุขชายแดน

- ระบบส่งต่อระหว่างประเทศ
- ความร่วมมือด้านวิชาการ
- การควบคุมโรคระหว่างประเทศ

06 Safety Tourist

- Food Safety
- ที่พักปลอดภัย
- ยกระดับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- การสื่อสารความเสี่ยง



เปิดใช้งาน Wind
ไม่ทำงานเพื่อเปิดใช้งาน Windows

ดร.ธีระพงษ์ แก้วภมร



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

มุ่งหมายสุขภาวะประชาชน

ทำทันที

- 01 Health Station**
 - 02 สุขภาพจิต / ยาเสพติด**
 - กลุ่มงานจิตเวช ทุกอำเภอ
 - sw.มีบัตรวิชาชีพ อย่างน้อย 2 แห่ง
 - 03 ส่งเสริมการมีบุตร**
- 

ทำต่อเนื่อง

- 04 สุขภาวะผู้สูงอายุ**
 - ระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ
 - เว้นตา , ฟันเทียม/รากฟันเทียม
 - Blue Zone
 - 05 พัฒนาการเด็ก**
 - IQ103
 - ยาฆ่าเชื้อมากที่สุด
 - นม 90 วัน 90 กล้อง
 - มหัตถศรัย 2,500 วัน
 - 06 มะเร็งครบวงจร**
 - มะเร็งตับและท่อน้ำดี
 - มะเร็งปากมดลูก
 - มะเร็งลำไส้ใหญ่
- 

ทำและพัฒนา

- 07 Healthy City**
 - 08 DM Remission**
- 

นพ.ธีระพงษ์ แก้วกษม
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ระบบสุขภาพได้มาตรฐาน 1. ทีม EOC มีประสิทธิภาพ **PM : นพ.พิทักษ์พงษ์ จันทรสิงห์**
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้รับผิดชอบ : NCD, ควบคุมโรค, อนามัยสิ่งแวดล้อม
สถานการณ์ อุบลราชธานี เปิด EOC ในประเด็นการควบคุมโรคไข้เลือดออก ,สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 และภาวะอุทกภัย

1 มาตรการ
 -ทบทวนโครงสร้างคำสั่งทีม EOC ระดับอำเภอ
 -ทีม SAT วิเคราะห์สถานการณ์โรค,ภัยสุขภาพทุกสัปดาห์
 -จัดทำแผนเผชิญเหตุ IAP : Incident Action Plan
 -ฝึกซ้อมแผนรับมือโรคติดต่อ,ภัยสุขภาพ,สาธารณภัย

2 เป้าหมาย
 เครื่องข่ายสุขภาพ 25 อำเภอ มีศูนย์ EOC และ Activated EOC เพื่อควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ตามเกณฑ์

หมายเหตุ มีรายละเอียด EOC แต่ละประเด็นในภาคผนวก
 - ไข้เลือดออก, โรคพิษสุนัขบ้า, โรคติดต่ออันตราย, อุทกภัย, PM2.5

3 Quick win 1 ปี

- ไตรมาส 1** (ต.ค.66 - ธ.ค.66) -ผู้บริหารผ่านการอบรมหลักสูตร Online EOC-ICS 100 -มีคำสั่งและโครงสร้าง EOC
- ไตรมาส 2** (ม.ค.67 - มี.ค.67) -จัดทำแผนเผชิญเหตุ (IAP) โรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และภัยสุขภาพ อย่างน้อย 2 เรื่อง -ฝึกซ้อมแผนรับมือโรคติดต่อ 1 เรื่อง และภัยสุขภาพ หรือสาธารณภัย 1 เรื่อง
- ไตรมาส 3** (เม.ย.67 - มิ.ย.67) -เปิด EOC ควบคุมโรคติดต่อและภัยสุขภาพ หรือสาธารณภัย(ตามเกณฑ์)
- ไตรมาส 4** (ก.ค.67 - ก.ย.67) -ประเมินผลการดำเนินงานและสรุป, ถอดบทเรียน

4 ตัวชี้วัด
 -อำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center : EOC) ที่สามารถเปิดเพื่อควบคุมโรค,ภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (100%)



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



ระบบสุขภาพได้มาตรฐาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง



PM : นายราณินทร์ ไชยานุกูล

ผู้รับผิดชอบ : ก.พัฒนารูปแบบ, ก.แพทย์แผนไทย

สถานการณ์

Continuous of Care : COC

ไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ COC และผลงานการให้บริการ

1 มาตรการ

1. วางแผนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน (D/C Plan)
2. สื่อสารกับเครือข่ายบริการในพื้นที่เพื่อรับผู้ป่วยกลับบ้านไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน
3. การจำแนกและดูแลผู้ป่วยตาม CPG เช่น LTC, IMC, Palliative Care, Home Ward เป็นต้น
4. ใช้ระบบ Smart Refer เป็นเครื่องมือในการรับส่งผู้ป่วยและบันทึกผลการให้บริการ

2 เป้าหมาย

ผู้ป่วย COC ทุกคนได้รับการติดตามและดูแลต่อเนื่องในชุมชนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมตาม CPG

3 Quick Win 1 ปี

ไตรมาส 1 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)

1. กำหนดผู้รับผิดชอบงาน
2. วางแผนจัดระบบการสื่อสาร

ไตรมาส 2 (ม.ค.67 - มี.ค.67)

ส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน ร้อยละ 95
***ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตาม CPGs ของ COC

ไตรมาส 3 (เม.ย.67 - มิ.ย.67)

ส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน ร้อยละ 95
***ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตาม CPGs ของ COC

ไตรมาส 4 (ก.ค.67 - ก.ย.67)

ส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน ร้อยละ 95
***ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตาม CPGs ของ COC

4 ตัวชี้วัด

ผู้ป่วย COC ได้รับการติดตามดูแล (ไม่น้อยกว่า 95%)



ระบบสุขภาพได้มาตรฐาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง



PM : นายราณินทร์ ไชยานุกูล

ผู้รับผิดชอบ : ก.พัฒนารูปแบบ, ก.แพทย์แผนไทย

สถานการณ์

Home Ward

โรงพยาบาล 25 แห่ง สมัครเข้าโครงการ สป.สข. (Home Ward) 18 แห่ง ยังไม่สมัครเข้าร่วม 7 แห่ง (ดอนมดแดง, ตาลสุม, มาตาส, กุดข้าวปุ้น, พิบูลมังสาหาร, น้ำยืน, นางะหวาย)

1 มาตรการ

- ทุก sw. จัดระบบ Home Ward ,กำหนดแนวทางรับ-ส่งผู้ป่วย
- สื่อสารเพื่อรับทราบนโยบายและดำเนินการ
- วางระบบ IT และระบบ Claim
- sw. ที่ยังไม่สมัคร ประเมินตนเองเพื่อสมัคร Home Ward
- M&E

2 เป้าหมาย

- ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- ทุก sw. ผ่านประเมินขั้นทะเบียน Home Ward (สป.สข.)
- ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด (อย่างน้อย โรงพยาบาลละ 50 ราย/เดือน)

3 Quick Win 1 ปี

ไตรมาส 1 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)

- ทุกโรงพยาบาลดำเนินการตามมาตรฐาน
- โรงพยาบาลที่ยังไม่สมัคร สมัครเข้าร่วมโครงการ

ไตรมาส 2 (ม.ค.67 - มี.ค.67)

ไตรมาส 3 (เม.ย.67 - มิ.ย.67)

- ทุกโรงพยาบาลดำเนินการตามนโยบาย Home Ward

ไตรมาส 4 (ก.ค.67 - ก.ย.67)

- ผลการดำเนินการผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

4 ตัวชี้วัด

sw.ทุกแห่ง มีการดูแลผู้ป่วย Home Ward ไม่น้อยกว่า 50 ราย ต่อเดือน



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี



ระบบสุขภาพได้มาตรฐาน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง Intermediate Care : IMC



PM : นายราบินทร์ ไชยานุกูล
ผู้รับผิดชอบ : ก.พัฒนารูปแบบ, ก.แพทย์แผนไทย

สถานการณ์

- มีผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการรับมาฟื้นสภาพ (75%)
- ทุกโรงพยาบาลมีการให้บริการ IMC Bed อย่างน้อย 2 เตียง
- เปิด IMC Ward ที่ sw.เขื่องใน
- ขาดแคลนบุคลากร เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด พยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร 4 เดือน, ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด

1 มาตรการ

- 1. sw.แม่ข่าย**
 - ชี้นักทะเบียนผู้ป่วยใหม่
 - ให้บริการ IMC : OPD, IPD, ชุมชน
 - บูรณาการร่วม Refer back
- 2. sw.ลูกข่าย**
 - รับกลับผู้ป่วย IMC (Refer Receive)
 - ค้นหาผู้ป่วยในชุมชนโดย อสม.
 - บูรณาการการดูแลผู้ป่วย IMC ต่อเนื่องในชุมชน
- 3. บริการ IMC Bed** ทุก โรงพยาบาลลูกข่าย
- 4. พัฒนา sw.Node และ Sub Node** เป็น IMC Ward
- 5. พัฒนาศักยภาพหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟู** ระยะสั้น 5 วัน / 4 เดือน
- 6. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยด้วย กลวิธีนวดแผนไทย**



2 เป้าหมาย

- ผู้ป่วย IMC
- sw.Node และ Sub-Node เปิดบริการ IMC Ward
- การบริการฟื้นฟูสภาพใช้ศาสตร์แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

3 ตัวชี้วัด

- ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate Care ได้รับการรับมาฟื้นสภาพ และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (เป้าหมายไม่น้อยกว่า 75%)
- ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการดูแลด้วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก (เพิ่มขึ้น 4%)

เปิดใช้งาน Windows
ไปที่ การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows



ระบบสุขภาพได้มาตรฐาน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

3. การพัฒนาโรงพยาบาล 3.1 การพัฒนาโรงพยาบาลตามนโยบาย SAP



PM : นว.สาโรช สมชอบ
ผู้รับผิดชอบ : พัฒนารูปแบบ, ยุทธ, กั้นต., อว.

สถานการณ์

อุบลราชธานี แบ่งเป็น 4 โซน
แบ่งการพัฒนาสาธารณสุข
โดยมีแม่ข่ายโซน และลูกข่ายโซน
มีการวางแผนพัฒนา ตามนโยบาย SAP
บริหารจัดการภาพโซน

1 มาตรการ

1. sw. ทุกแห่งทบทวนศักยภาพ ของตนเองและทบทวนแผนพัฒนาระบบบริการ (Service : การส่งต่อ, การรับกลับ)
2. พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบซีเป้า (Pre Hosp. & Post Hosp.)
3. แผนการพัฒนา คน เงิน ของ ให้สอดคล้องตามเป้าหมาย SAP
4. แพทย์เฉพาะทางตามบริบทของพื้นที่
5. แผนกำลังคนทุกวิชาชีพและทีมสนับสนุนรวมบุคลากร
 - พัฒนาบุคลากร Re Skill-Up Skill)
 - พยาบาล FTE, การจัดอัตรากำลังแต่ละหน่วย
6. กำกับติดตามและประเมินผล

2 เป้าหมาย

ระดับ	3 ปี	5 ปี
P+	sw.asswสิทธิ์ Sky Doctor	sw.asswสิทธิ์ Heart Transplant
A+	๕๐wssมาฯ ,sws.เดชอุดม	วารินชำราบ
A	ตระการพืชผล,พิบูลมังสาหาร	-
S+	เขื่องใน,ม่วงสามสิบ,เขมราฐ, บุณฑริก,น้ำยืน	สิรินธร
S	swช. 14 แห่ง	

S = Standard
A = Academy
P = Premium

เปิดใช้งาน Windows
ไปที่ การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี

ระบบสุขภาพได้มาตรฐาน **3. การพัฒนาโรงพยาบาล** PM : นว.สาโรช สมชอบ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้รับผิดชอบ : พัฒนารูปแบบ, ยุกริ, กั้นต, อวอ.

3.1 การพัฒนาโรงพยาบาลตามนโยบาย SAP

3 Quick Win 1 ปี

ไตรมาส 1 (ต.ค.66 - ธ.ค.66) - ทบทวนศักยภาพของตนเองและทำแผนพัฒนาตนเองตามความพร้อม

ไตรมาส 2 (ม.ค.67 - มี.ค.67) - จัดบริการตามแผนที่กำหนดไว้ อย่างน้อย 2 โรงพยาบาล จากเป้าหมายทั้งหมด 6 โรงพยาบาล

ไตรมาส 3 (เม.ย.67 - มิ.ย.67) - จัดบริการตามแผนที่กำหนดไว้ อย่างน้อย 4 โรงพยาบาล จากเป้าหมายทั้งหมด 6 โรงพยาบาล

ไตรมาส 4 (ก.ค.67 - ก.ย.67) - จัดบริการตามแผนที่กำหนดไว้ ครบทั้ง 6 โรงพยาบาลเป้าหมาย

เปิดใช้งาน Windows
ปกติ การตั้งค่า เริ่มเปิดใช้งาน Windows

ระบบสุขภาพได้มาตรฐาน **3. การพัฒนาโรงพยาบาล** PM : นว.สาโรช สมชอบ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้รับผิดชอบ : พัฒนารูปแบบ, ยุกริ, กั้นต, อวอ.

3.2 การพัฒนาโรงพยาบาล 4 ฟัน้อง (รพศ./๕๐๖รสบชฯ /วารินชำราบ /รพ.เดชอุดม)

สถานการณ์

SW	จำนวนเตียง	Active bed (ร้อยละ)	ระยะทาง
sw.สปอ.	1,158	89.46%	-
รพ.เดชอุดม	359	100.69%	47 km.
sw.๕๐ รสบชฯ	287	75.05%	12 km.
sw. วารินฯ	264	90.00%	8 km.
sw. ตระการฯ	204	82.75%	44 km.

2 เป้าหมาย

1. ลดความแออัดในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม sw.สปอ.
2. เพิ่มศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วย
3. พัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายทำให้ระบบการส่งต่อดีขึ้น (ไม่มีการปฏิเสธการ Refer in เข้า sw.สปอ.)

1 มาตรการ

- Project manager ระหว่างsw. (Med. 2 ท่าน/sw.)
- กำหนด Guidelines ในการ Refer back
 - 1st no ET Tube
 - 2nd ET tube (uncomplicated case, palliative care)
- Tele-medicine
 - Phase 1 : sw. 4 ฟัน้อง,
 - Phase 2 : เครือข่าย รพช.ทั้งหมด
- Tele-consult 2-3 ครั้ง/สัปดาห์, แพทย์ต่อแพทย์ ประสานผู้ป่วยที่จะ Refer back & Refer in ,consult sub-board, Conference, Tele rounding
- การออกตรวจผู้ป่วยนอก (OPD) Rotation ตรวจ gen med, specialist
- การดูแลผู้ป่วยใน (IPD): ในเวลา,นอกเวลา

3 ตัวชี้วัด

- เพิ่ม Refer back ผู้ป่วยในของ sw.สปอ.
- ปี 66 - ปี 67 เพิ่ม 100 เตียง (เริ่ม ต.ค.)
 - ปี 68 ลด 200 เตียง

เปิดใช้งาน Windows
ปกติ การตั้งค่า เริ่มเปิดใช้งาน Windows



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ระบบสุขภาพได้มาตรฐาน **3. การพัฒนาโรงพยาบาล** PM : นว.สาโรช สมชอบ
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้รับผิดชอบ : ก.อวล., ก.ยุทธ, ก.พัฒนารูป

3.3 EMS : Environment Modernized Smart Service

- 1 มาตรการ**
- ประเมินตนเองตามเกณฑ์ EMS
 - จัดทำแผนพัฒนาส่วนขาด GAP จากเกณฑ์ EMS (สอดคล้องแผนงบลงทุน, แผนเงินบำรุง)
 - ทีมจังหวัด ออกเยี่ยม/ประเมิน
 - จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best Practice ในแต่ละด้าน
- 2 เป้าหมาย**
- swศ./swท. พัฒนาผ่านเกณฑ์ขั้นสูง (The Best)
 - swช. ผ่านขั้นพื้นฐาน (The Must)
 - sw.Node ส่งเสริมพัฒนาให้ผ่านระดับขั้นสูง (The Best)

- 3 ตัวชี้วัด Quick Win 1 ปี**
- ไตรมาส 1** (ค.ค.66 - ส.ค.66)
 -sw.ประเมินตนเอง (100%)
 -พัฒนาตามส่วนขาด
- ไตรมาส 2** (ม.ค.67 - มี.ค.67)
 -พัฒนาตามส่วนขาด
- ไตรมาส 3** (เม.ย.67 - มิ.ย.67)
 -รับการประเมินรับรองจากทีมจังหวัด (กลุ่มประเมิน)
 -ประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลงาน sw.ต้นแบบ EMS
- ไตรมาส 4** (ก.ค.67 - ก.ย.67)

- 4 ตัวชี้วัด**
- ร้อยละสถานบริการสังกัด สป.สธ. swศ./swท. ผ่านขั้นสูง (100%)
 - จำนวนสถานบริการต้นแบบ ผ่านขั้นสูง The Best ของ swช. (อย่างน้อย 2 แห่ง)

ระบบสุขภาพได้มาตรฐาน **3. การพัฒนาโรงพยาบาล** PM : นว.สาโรช สมชอบ
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้รับผิดชอบ : ก.กมลสารารณสุข

3.4 โรงพยาบาลกั้นตกรรม

- 1 มาตรการ**
- พัฒนารูปแบบและจัดทำแผนพัฒนา โรงพยาบาลกั้นตกรรม (Model2) ตามมาตรฐาน SAP
 - คัดเลือกพื้นที่ดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด
 - จัดทำแผนด้านงบประมาณ ทรัพยากร และบุคลากร
 - ติดตามประเมินผล
- 2 เป้าหมาย**
- โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (เข้าร่วมนโยบายปี 2566)
 - โรงพยาบาลม่วงสามสิบ (เข้าร่วมนโยบายปี 2567)
- 3 Quick win**
- ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลกั้นตกรรม
 - ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

เปิดใช้งาน Windows
 ไปที่ การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี



ระบบสุขภาพได้มาตรฐาน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

4. Digital Health : PHR



PM : นว.พิทักษ์พงษ์ จันทรี่แดง
ผู้รับผิดชอบ : ก.ยุทธศาสตร์

สถานการณ์ อุบลราชธานี มี HIS หลายหลาย (HI 20 แห่ง, Hosxp 3 แห่ง, Mbase 1 แห่ง, Himpro 1 แห่ง, HomC 1 แห่ง) สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ด้วย สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับด้วยระบบ Smart EMR ที่สามารถเรียกดูประวัติการรักษา ผู้ป่วยได้ทุกโรงพยาบาลรวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน COC , สอน.มัดดี และสามารถส่งต่อข้อมูลเข้าสู่ระบบ Smart IPD Paperless

1 มาตรการ

1. พัฒนาเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาผู้ป่วยเพื่อรองรับนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่
2. เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจาก Smart EMR รองรับการใช้งานให้บริการตามนโยบาย
3. ขยายการใช้งานระบบ Smart Refer ไปยัง sw.สต.และโรงพยาบาลเฉพาะทางทุกแห่ง

2 เป้าหมาย

- มีระบบเชื่อมโยงข้อมูล (Smart EMR) ไปยังทุกหน่วยบริการ จนถึง sw.สต. ทุกแห่ง

3 Quick Win 100 วัน

1. เชื่อมโยงและแสดงข้อมูล EMR จาก HIS ในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เชื่อมโยงข้อมูล EMR เขตสุขภาพที่ 10
3. เชื่อมโยงข้อมูล EMR กับระบบ สอน.มัดดี
4. หน่วยบริการส่งข้อมูลที่เป็นปัจจุบันเข้าสู่ระบบ หมอพร้อม PHR

4 ตัวชี้วัด

โรงพยาบาลทุกแห่งสามารถ เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ในจังหวัดอุบลราชธานี

เปิดใช้งาน Windows
ไปที การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows



ระบบสุขภาพได้มาตรฐาน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

4. Digital Health : HAIT



PM : นว.พิทักษ์พงษ์ จันทรี่แดง
ผู้รับผิดชอบ : ก.ยุทธศาสตร์

สถานการณ์ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา ๗ ผ่านการรับรอง HAIT ระดับ 1 เพียง 1 แห่งในจังหวัดอุบลราชธานี
โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 26 แห่ง มีระบบ Firewall แบบ Hardware ทั้ง 26 แห่ง

1 มาตรการ

- โรงพยาบาลทุกแห่ง ประเมินตนเอง HAIT
- พัฒนาตามมาตรฐาน HAIT
- ทดสอบมาตรการรักษาความปลอดภัยทาง Cyber โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี
- พัฒนานุคลากรด้าน Cyber Security

2 เป้าหมาย

1. ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี ประเมินตนเองครบ 100 %
2. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี ยื่นขอรับรองประเมิน HAIT ครบ 100 %
3. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านการรับรอง HAIT ชั้นที่ 1
4. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี มี Policy ด้าน Cyber Security ครบ 100 %

3 Quick Win 100 วัน

1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT ครบ 100 %
2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ประเมินตนเอง ครบ 100% HAIT

4 ตัวชี้วัด

1. swศ./swท. ได้รับการประเมิน HAIT ชั้นที่ 1 จาก TMI
2. swศ./swท. ได้รับการรับรองมาตรฐาน HAIT ชั้นที่ 1 อย่างน้อย 1 แห่ง

เปิดใช้งาน Windows
ไปที การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี



ระบบสุขภาพได้มาตรฐาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

4. Digital Health : Smart Hospital



PM : **พ.ว.พิทักษ์พงษ์ จันตรีแดง**

ผู้รับผิดชอบ : **ก.ยุทธศาสตร์**

สถานการณ์

1. โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 26 แห่ง มีระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล **Tele Medicine** ทั้ง 26 แห่งและมีจำนวนการให้บริการระบบการแพทย์ทางไกล Tele Medicine ในปีงบประมาณ 2566 ทั้งจังหวัดจำนวน 10,159 ครั้ง (ข้อมูล 8 ต.ค. 66)
2. มีการพัฒนาระบบ Smart IPD Paperless เพื่อรองรับการยกเลิกใช้กระดาษในการตรวจรักษา



1 มาตรการ



1. มีและใช้การเชื่อมต่อบริการ Tele-med/Tele-Pharma
2. มีและใช้ระบบการให้บริการ IPD Paperless
3. มีและใช้ระบบ AI ทางการแพทย์
4. มีและใช้ระบบรบบรักษา ระบบสุขภาพดิจิทัล

3 ตัวชี้วัด Quick Win 100 วัน



- ทุกโรงพยาบาลมีระบบให้บริการ Tele Medicine ทุกโรงพยาบาล
- IPD Paperless โรงพยาบาล 4 ฟั้้อง

2 เป้าหมาย



1. โรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบให้บริการการแพทย์ทางไกล Tele-med/Tele-Pharma
2. โรงพยาบาลที่มีความพร้อมดำเนินการระบบ IPD Paperless
3. มีระบบ AI ทางการแพทย์

4 ตัวชี้วัด



1. หน่วยบริการทุกแห่งมีการดำเนินการระบบการแพทย์ทางไกล
2. โรงพยาบาลทุกแห่ง ให้บริการ Tele-Pharma, มีและใช้ AI
3. สวต./สวท. ใช้ระบบ IPD Paperless

เปิดใช้งาน Windows
ในปี การไม่เข้า เปิดปีใช้งาน Windows



ระบบสุขภาพได้มาตรฐาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

5. วิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ



PM : **เกสัชกรคำภีร์ เขตยรัตน์**

ผู้รับผิดชอบ : **ก.บริหารทรัพยากรบุคคล**

สถานการณ์

ปี 2566 มีผลงานวิจัย R2R จำนวน 107 เรื่อง

1 มาตรการ



- ตั้งทีมพัฒนางานวิชาการ, งานวิจัยระดับอำเภอ
- ส่งเสริม ระบบพี่เลี้ยงให้แก่ทีมวิจัยรุ่นใหม่ กระตุ้นให้ทีมงานวิจัย
- สนับสนุน หาแหล่งทุนวิจัย จัดเวทีนำเสนอผลงานวิจัย
- นำผลงานวิจัยพัฒนาต่อยอด และ เผยแพร่ประยุกต์ใช้
- เชิดชูผลงานวิจัยที่ได้รับรางวัล และสร้างขวัญกำลังใจ

2 เป้าหมาย



1. มีบุคลากรสาธารณสุขหันมาทำผลงานวิจัย (เพิ่มขึ้น 50%)
2. เครื่องข่ายบริการสุขภาพอำเภอมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง
3. มีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพหน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ และเกิดนวัตกรรมต้นแบบ (เป้าหมาย 25 เรื่อง) .

3 Quick Win 1 ปี



ไตรมาส 1

(ต.ค.66 - ธ.ค.66)

- ประชุมชี้แจงแนวทางพัฒนางานวิจัยของอำเภอ
- ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการงานวิจัยระดับอำเภอ, ตำบล

ไตรมาส 2

(ม.ค.67 - มี.ค.67)

- ประชุมเพิ่มศักยภาพทีมสนับสนุนงานวิจัย
- รวบรวมผลงานวิจัยระดับอำเภอเพื่อคัดเลือกนำเสนอระดับเขตสุขภาพ / กระทรวง

ไตรมาส 3

(เม.ย.67 - มิ.ย.67)

- ร่วมกิจกรรมนำเสนอผลงานวิชาการระดับเขตสุขภาพ/กระทรวง

ไตรมาส 4

(ก.ค.67 - ก.ย.67)

- ต่อยอดผลงานวิจัยเผยแพร่ ลงสู่พื้นที่
- จัดประชุมสรุปผลงานวิจัย R2R เชิดชูสร้างขวัญกำลังใจนักวิจัย

4 ตัวชี้วัด



ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย/R2R / นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดแล้วนำมาใช้ประโยชน์ (ความสำเร็จระดับ 5)

เปิดใช้งาน Windows



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

6. พัฒนาเพิ่มขีดความสามารถด้านการเงินการคลัง PM : นว.ลาโรช สมชอบ ผู้รับผิดชอบ : ประกัน, คบส., พัฒนารูป, บริหาร

สถานการณ์ เครื่องช่วยสุขภาพไม่มีปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน

1 มาตรการ

- EMR คุณภาพ, เพิ่มอัตราครองเตียง, การส่งต่อสมเหตุสมผล
- ลดรายจ่าย (RDU, LDU, การชื้อยา/ วมย ร่วมลดการสำรองเวชภัณฑ์ คงคลัง)
- การควบคุมภายใน
- TPS (Total Performance Score)

2 เป้าหมาย

- หน่วยบริการทุกแห่ง ไม่มีภาวะวิกฤติด้านการเงินการคลัง (ไม่มีระดับ 6, 7)
- หน่วยบริการทุกแห่งมีแผนการลงทุนตามนโยบายการลงทุน (Environment Modernized Smart service, work life balance)
- การส่งต่อสมเหตุสมผล
- อัตราครองเตียงมากกว่า 80%
- เพิ่มค่า Sum Adj RW, Active Bed, CMI ตามระดับ sw.

3 Quick Win 1 ปี

ไตรมาส 1 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)

- โรงพยาบาลทุกแห่งต้องมี ทีม Audit chart
- หน่วยบริการทุกแห่งต้องมี ผู้รับผิดชอบการบริหารเตียง
- บริหารการจัดซื้อต้นงวดเพื่อลดอัตราคงคลังปลายงวด
- คณะกรรมการ CFO ทำกับ แผน-ผล รายได้, ค่าใช้จ่าย ทุกเดือน
- สอบทานยอด ทะเบียนคุมเจ้าหน้าที่, ทะเบียนคุมลูกหนี้

ไตรมาส 2 (ม.ค.67 - มี.ค.67)

- กำกับติดตามแผน, ผล Planfin รายเดือน รายงานทุกเดือน
- ประเมิน TPS หน่วยบริการ รายไตรมาส

ไตรมาส 3 (เม.ย.67 - มิ.ย.67)

- ปรับ Planfin (6 เดือนหลัง) ให้สอดคล้องความเป็นจริง
- การประเมินควบคุมภายใน

ไตรมาส 4 (ก.ค.67 - ก.ย.67)

- ผลการดำเนินงาน RDU / LDU ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

4 ตัวชี้วัด

- 1.หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ TPS \geq 10.5 (ไม่น้อยกว่า 80%)
- 2.หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (100%)
- 3.หน่วยบริการมีการเบิกจ่ายเงินบำรุงลงทุน (ไม่น้อยกว่า 30%)

7. บุคลากร PM : นว.พิทักษ์พงษ์ จันรัตน์ ผู้รับผิดชอบ : ก.บริหารทรัพยากรบุคคล

7.1 พัฒนาทักษะรายบุคคลให้สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร (HRP : Human Resource Plan)

1 มาตรการ

- หา Training Needs ขององค์กร
- จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรตาม Training Needs

2 เป้าหมาย

- บุคลากร (ทั้งหน่วยบริหาร/บริการ) ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามความจำเป็น



3 Quick Win 1 ปี

ไตรมาส 1 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)

- มีการสำรวจ Training Needs และจัดทำ HRP ที่สอดคล้องกับทิศทางองค์กร
- จัดทำฐานข้อมูล HRD

ไตรมาส 2 (ม.ค.67 - มี.ค.67)

- บุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผน

ไตรมาส 3 (เม.ย.67 - มิ.ย.67)

- ผ่านกระบวนการที่หลากหลาย

ไตรมาส 4 (ก.ค.67 - ก.ย.67)

- ประเมินผลบุคลากรที่ผ่านการอบรมแล้ว นำทักษะที่ได้จากการอบรม มาพัฒนาองค์กร

4 ตัวชี้วัด

- บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามความจำเป็น (100%)
- ผลการประเมินผลสัมฤทธิ์ของบุคลากร



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



บริหารจัดการอย่างโปร่งใส
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

7. บุคลากร

7.2 Happy MOPH องค์กรแห่งความสุข



PM : นว.พิทักษ์พงษ์ จันทรแฉง
ผู้รับผิดชอบ : ก.บริหารทรัพยากรบุคคล,

สถานการณ์ บุคลากรสังกัด สบง.สสจ.อุบลราชธานี ประเมิน Happinometer (94.4%) พบปัญหาเรื่อง Happy Money หน่วยงาน 51 แห่ง (สจ. สสอ. สว.) มีการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข ระดับ 4

1 **มาตรการ**

- สร้างสิ่งแวดล้อม/สวัสดิการให้เอื้ออำนวย เพื่อเป็นองค์กรแห่งความสุข
- ประเมินและวิเคราะห์ผล Happinometer เกือบปีที่ผ่านมา
- นำผลการประเมิน Happinometer ไปจัดทำโครงการแก้ปัญหา

2 **เป้าหมาย**

- หน่วยงานเป้าหมาย (51 แห่ง) ดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข (100%)
- บุคลากรสาธารณสุขประเมิน Happinometer (>90%)
- มีองค์กรแห่งความสุขต้นแบบระดับจังหวัด/ระดับเขตสุขภาพ

3 **Quick Win 1 ปี**

ไตรมาส 1 (ต.ค.66 - ธ.ค.66) - ทบทวนคณะกรรมการผู้รับผิดชอบ PM (จัดทำคำสั่ง) - ชี้แจงแนวทางการประเมินความสุขให้เป้าหมายทราบ

ไตรมาส 2 (ม.ค.67 - มี.ค.67) - บุคลากรในองค์กรประเมินความสุข (>90%) - มีการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข (ระดับ 4) - ขับเคลื่อนเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ (ระดับ 5)

ไตรมาส 3 (เม.ย.67 - มิ.ย.67)

ไตรมาส 4 (ก.ค.67 - ก.ย.67) - สรุปผลงานโครงการ/ประเมินผล/ถอดบทเรียน

4 **ตัวชี้วัด**

ระดับความสำเร็จของการเป็นองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพ และเป็นต้นแบบ (ความสำเร็จระดับ 5)

17



บริหารจัดการอย่างโปร่งใส
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

7. บุคลากร

7.4 Care D+ Team



PM : นว.พิทักษ์พงษ์ จันทรแฉง
ผู้รับผิดชอบ : ก.พัฒนารูปแบบ

สถานการณ์ มีข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการเรื่องพฤติกรรมของบุคลากรในหน่วยงานบริการสุขภาพ เดือนละ 1-2 เรื่อง

1 **มาตรการ**

- คัดเลือกพยาบาลประชาสัมพันธ์
- พัฒนาศักยภาพ อบรมด้านทักษะการสื่อสาร
- กำหนด CPG เรื่องการสื่อสารความเสี่ยง
- พัฒนาพฤติกรรมบริการ (ESB) ในแต่ละแผนกบริการ เช่น ห้อง ER ห้องคลอด ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน เป็นต้น

2 **เป้าหมาย**

- เกิดพฤติกรรมบริการและการสื่อสารที่เป็นเชิงบวก (สุกฤษฎีสนทนา) เพื่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ
- ไม่มีข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพในสังกัด สบง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



Care for Life Share for Love

3 **ตัวชี้วัด**

หน่วยบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ไม่มีข้อร้องเรียนเรื่อง พฤติกรรมบริการ (100%)

เปิดใช้งาน Windows
ไปที่ การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows

19



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



บริหารจัดการอย่างไร่งใส

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

8. SECA :

(Smart Energy and Climate Action)



PM : นพ.พิทักษ์พงษ์ จันทรแฉง

ผู้รับผิดชอบ : น.ยุทธศาสตร์, กอนามัยสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์

สสจ./สสอ./โรงพยาบาลทุกแห่ง สังกัด สนง.สสจ.อบ. ติดตั้งระบบ Solar Roof ทุกแห่ง (100%)

1 มาตรการ



- ใช้อุปกรณ์ประหยัดพลังงาน/ปรับปรุงอาคารอนุรักษ์พลังงาน
- หน่วยงานเข้าโครงการ Carbon Credit
- เพิ่มพื้นที่สีเขียว ในหน่วยงาน
- สถานบริการลดการเดินทางโดยใช้ Tele-Medicine
- บริหารจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย,จัดการขยะ อย่างมีประสิทธิภาพ

2 เป้าหมาย

- ติดตั้งระบบ Solar Roof หน่วยงานที่ยังไม่ดำเนินการ (100%)
- ลดการใช้พลังงานไฟฟ้า (ลดลง 20%)
- มีหน่วยงานเข้าร่วมโครงการ Carbon Credit
- เพิ่มพื้นที่สีเขียว ในหน่วยงาน (25% ของพื้นที่ว่างในหน่วยงาน)
- ลดปริมาณขยะ (ลดลง 30% จากปีที่ผ่านมา)



3 Quick Win 1 ปี

- ไตรมาส 1** (ต.ค.66 - ธ.ค.66)
 - สสจ./สสอ./สว.ทุกแห่ง ติดตั้ง Solar Roof และเปิดระบบใช้งาน
 - วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำแผนเปลี่ยนอุปกรณ์ไฟฟ้าประหยัดพลังงาน
 - องค์กรกำหนดมาตรการประหยัดพลังงาน
- ไตรมาส 2** (ม.ค.67 - มี.ค.67)
 - สสจ./สสอ./สว.ทุกแห่ง มีการเปลี่ยนอุปกรณ์ไฟฟ้าประหยัดพลังงาน
 - 10% ของหน่วยงานสมัครเข้าร่วมโครงการ Carbon Credit
 - หน่วยงานเพิ่มพื้นที่สีเขียว 10%
- ไตรมาส 3** (เม.ย.67 - มิ.ย.67)
 - หน่วยงานลดปริมาณขยะลง 20%
 - เปรียบเทียบประสิทธิภาพการประหยัดพลังงานจากปีที่ผ่านมา
- ไตรมาส 4** (ก.ค.67 - ก.ย.67)
 - ประเมินประสิทธิภาพการประหยัดพลังงานจากปีที่ผ่านมา

4 ตัวชี้วัด

1. หน่วยบริหาร/สว.ในสังกัดทุกแห่งติดตั้ง Solar Cell และเปิดใช้งาน (100%)
2. หน่วยบริหาร/สว.ในสังกัดทุกแห่ง ลดการใช้พลังงานลง 20%
3. หน่วยบริหาร/สว.ในสังกัดทุกแห่ง มีพื้นที่สีเขียวอย่างน้อย 25% ของพื้นที่ว่าง
4. หน่วยบริหาร/สว.ในสังกัดทุกแห่ง ลดปริมาณขยะมูลฝอยได้ 30%



บริหารจัดการอย่างไร่งใส

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

9. One Health



PM : นพ.พิทักษ์พงษ์ จันทรแฉง

ผู้รับผิดชอบ : น.ยุทธศาสตร์

การทำงานร่วมกันระหว่างแม่ข่าย, ลูกข่ายและภาคีเครือข่าย

1 มาตรการ



- Single Plan (คน งาน เงิน)
- Sharing ทรัพยากรร่วมกัน
- ประชุม คปสอ. ทุกเดือน
- การนิเทศงานเครือข่ายบริการสุขภาพ
- ทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ แม่ข่าย,ลูกข่าย และภาคีเครือข่าย

2 เป้าหมาย

- มีการ Sharing ทรัพยากรร่วมกัน (สว./สสอ./สว.สต.)
- ประชุม คปสอ. ทุกเดือน (จัดทำแผนประชุมหลังจากประชุม กวป. ภายใน 5 วันทำการ และส่งรายงานการประชุมทุกครั้ง)
- นิเทศงาน เครือข่าย 2 ครั้ง/ปี
- ประเมิน พขอ.ได้รับการแก้ไขแบบบูรณาการ แม่ข่าย,ลูกข่าย, ภาคีเครือข่าย (มีผลลัพธ์การดำเนินงาน)

3 Quick Win 1 ปี

- ไตรมาส 1** (ต.ค.66 - ธ.ค.66)
 - มี Planfin , Action Plan, แผน HR ร่วมกัน
- ไตรมาส 2** (ม.ค.67 - มี.ค.67)
 - มีการนิเทศงาน สว.สต. ครั้งที่ 1 โดย คปสอ.
- ไตรมาส 3** (เม.ย.67 - มิ.ย.67)
 - มีกระบวนการแก้ปัญหาประเด็นสุขภาพ พขอ.
 - มีการนิเทศงาน สว.สต. ครั้งที่ 2 โดย คปสอ.
- ไตรมาส 4** (ก.ค.67 - ก.ย.67)
 - มีผลลัพธ์การพัฒนา พขอ. แสดงให้เห็นกระบวนการบูรณาการร่วมกันระหว่าง แม่ข่าย/ลูกข่าย/ภาคีเครือข่าย

(ไตรมาส 1-4 มีการประชุม คปสอ. ส่งรายงานการประชุมทุกครั้ง)

4 ตัวชี้วัด

ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน One Health เครือข่ายสุขภาพ (ความสำเร็จระดับ 5)



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี



บริหารจัดการอย่างไร
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

10. การพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง MOPH - 4T







PM : นายทรงศักดิ์ หลักเขต
ผู้รับผิดชอบ : ก.บริหารทรัพยากรบุคคล

สถานการณ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้รับรางวัลชมเชยหน่วยงานองค์กรสมรรถนะสูงระดับเขต ปี 2566

1 มาตรการ

- สร้างความเข้มแข็งของการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงตามแนวทาง MOPH- 4T
-  **Trust** = สร้างความไว้วางใจแก่ประชาชน บุคลากรและเครือข่าย
 -  **Teamwork & Talent** = ทำงานเป็นทีม สนับสนุนผู้มีความสามารถ สร้างการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี
 -  **Technology** = การใช้เทคโนโลยีให้เกิดผลิตภาพและบริการที่มีคุณค่า เพิ่มประสิทธิภาพสื่อสารในองค์กรอย่างรวดเร็วแม่นยำ
 -  **Target** = ทำงานมุ่งเป้าหมาย คนทำงานมีความสุข องค์กรพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง

2 เป้าหมาย

- องค์กรสมรรถนะสูง MOPH-4T ระดับจังหวัด 5 แห่ง (สจ. ,สพท,สพข. สสอ. สวต.) ในปี 2567
- ทุกหน่วยงานมีการประเมินตนเองและมีการขับเคลื่อน MOPH-4T

3 Quick Win 1 ปี

- ไตรมาส 1** (ต.ค.66 - ธ.ค.66) - แต่งตั้งคณะทำงานมอบหมายภารกิจ - จัดทำแนวทางการพัฒนาองค์กร ใช้ 4T
- ไตรมาส 2** (ม.ค.67 - มี.ค.67) - ประเมินตนเองตามแนวทาง MOPH -4T
- ไตรมาส 3** (เม.ย.67 - มิ.ย.67) - ดำเนินการพัฒนาองค์กร เพื่อเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ตามเกณฑ์ MopH -4T
- ไตรมาส 4** (ก.ค.67 - ก.ย.67) - สรุปผลงาน / ถอดบทเรียน

4 ตัวชี้วัด

ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T (ความสำเร็จระดับ 5)



ร่วมใจภาคีเครือข่าย
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

11. อนามัยโรงเรียน



PM : นายประทีป บุญธรรม
ผู้รับผิดชอบ : ก.ส่งเสริมสุขภาพ

สถานการณ์

อุบลราชธานี มีโรงเรียนทั้งสิ้น 2,223 แห่ง (สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ = 1,267 แห่ง นอกสังกัด = 956 แห่ง) เด็กปฐมวัยถึง ม.3 = 154,587 คน

1 มาตรการ

- "โรงเรียนต้นแบบบูรณาการความร่วมมือ ครู หมอ พ่อแม่"
- "โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล"
- พัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพนักเรียน
- ส่งเสริมงานพัฒนาการสมวัย งานโภชนาการเด็กวัยเรียน สุขภาพจิต งาน EPI และงานทันตสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพ โดยความร่วมมือ บุคลากรทางการศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ปกครองนักเรียน
- Healthy Coacher ให้คำปรึกษาผ่าน Group LINE app
- ขยายเครือข่ายจิตอาสากลุ่มผู้ปกครอง /อสม.เชี่ยวชาญ

2 เป้าหมาย

"โครงการบูรณาการความร่วมมือ ครู หมอ พ่อแม่" โรงเรียนนำร่อง อำเภอละ 1 แห่ง

3 Quick Win 1 ปี

- ไตรมาส 1** (ต.ค.66 - ธ.ค.66) - กำหนดพื้นที่ดำเนินการโครงการ/ ชี้แจงโครงการ
- ไตรมาส 2** (ม.ค.67 - มี.ค.67) - จัดกิจกรรมสร้างความพร้อมกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ปกครอง, บุคลากรทางการศึกษา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) - แก้ไขปัญหาของเด็กวัยเรียนในประเด็นต่าง ๆ โดยกลไกบูรณาการความร่วมมือ
- ไตรมาส 3** (เม.ย.67 - มิ.ย.67) - ประเมินผลลัพธ์โครงการเป็นระยะ (รายไตรมาส)
- ไตรมาส 4** (ก.ค.67 - ก.ย.67) - สรุปผลการดำเนินงาน/ถอดบทเรียน

4 ตัวชี้วัด

1. โรงเรียนต้นแบบบูรณาการความร่วมมือ ครู หมอ พ่อแม่ อำเภอละ 1 แห่ง
2. เด็ก ป. 1-ม. 3 สูงดีสมส่วน (ร้อยละ 59)
3. เด็กที่มีปัญหาการเรียน 4 ด้าน ได้รับการช่วยเหลือ (ร้อยละ 100)
4. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล 1 โรงเรียน 1 อำเภอ



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ร่วมใจภาคีเครือข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี **12. สถานชิวาภิบาล** PM : uw.สาโรช สมชอบ ผู้รับผิดชอบ : น.นCD, ก.พัฒนรูป, ก.ส่งเสริมสุขภาพ

1 มาตรการ

1. จัดบริการ สถานชิวาภิบาลที่บ้าน (Home based)
2. รูปแบบบริการ X3 (บริการในพื้นที่, บริการที่บ้าน, และ Telemedicine)
3. sw.ทุกแห่งมีศูนย์ PCC ประสานกับ สถานชิวาภิบาล -ทุกตำบลมีแผนการดำเนินงาน สถานชิวาภิบาล

3 วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชน เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
- เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ครบคลุมทั้ง 4 ด้าน โดยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน ก้องถิ่น และประชาชน
- เพื่อให้ครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระค่าใช้จ่าย การรอคอย และยอมรับความสูญเสียได้หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

2 เป้าหมาย

1. มีสถานชิวาภิบาลต้นแบบ (อำเภอละ 1 แห่ง)
2. มี Hospital at Home ต้นแบบ (ติดบ้าน/ติดเตียง/PC) (โซนละ 1 แห่ง)
3. มีคลินิกผู้สูงอายุ (ทุกโรงพยาบาล)
5. มีคลินิกผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (โซนละ 2 sw)

4 Quick Win 100 วัน

- มีคณะทำงานขับเคลื่อนสถานชิวาภิบาล ระดับอำเภอ ทุกอำเภอ
- มีการกำหนดพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงาน

5 ตัวชี้วัด

มีสถานชิวาภิบาลต้นแบบ (อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง)

26

ร่วมใจภาคีเครือข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี **13. ถ่ายโอนภารกิจ sw.สต.** PM : uw.กนก คำศรี ผู้รับผิดชอบ : ก.ยุทธศาสตร์

สถานการณ์ sw.สต.ถ่ายโอน อบจ. 54 แห่ง /เทศบาลนาเยี่ย 1 แห่ง (12 อำเภอ) คงเหลือ sw.สต. 262 แห่ง บุคลากรถ่ายโอนไป อบก. จำนวน 374 คน (ปี65 =345 คน /ปี66=29 คน)

1 มาตรการ

- ประสานความร่วมมือและบูรณาการดำเนินงานระหว่าง สจ. sw. สสอ. และ อบก. ในการดำเนินงานพัฒนาระบบงานสาธารณสุข
- จัดระบบการดำเนินงานผ่านศูนย์ประสานงานการถ่ายโอน ระดับจังหวัด
- การติดตามประเมินผล โดยให้ อบก.จัดทำแผนนิเทศงาน และ จนก.สาธารณสุข ร่วมคณะนิเทศงาน
- คืนข้อมูลให้ กสพ.รับทราบเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

3 Quick Win 10

ไตรมาส 1 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)	-ลงนาม MOU ปี 2567 -ส่งมอบบุคลากร ปี 2567 -ส่งมอบที่ดิน(กรรมสิทธิ์ที่ดิน sw.สต.ถ่ายโอน) ให้ อบก.ปี66 (ไม่น้อยกว่า 50%)
ไตรมาส 2 (ม.ค.67 - มี.ค.67)	-ส่งมอบที่ดิน(กรรมสิทธิ์ที่ดิน sw.สต.ถ่ายโอน) ให้ อบก.ปี66 (ไม่น้อยกว่า 75%)
ไตรมาส 3 (เม.ย.67 - มิ.ย.67)	-ส่งมอบที่ดิน(กรรมสิทธิ์ที่ดิน sw.สต.ถ่ายโอน) ให้ อบก.ปี66 (100%)
ไตรมาส 4 (ก.ค.67 - ก.ย.67)	-สรุปผลงาน

2 เป้าหมาย

sw.สต.ที่ถ่ายโอนไป อบก. จำนวน 55 แห่ง

4 ตัวชี้วัด

ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการภารกิจถ่ายโอน ปีงบประมาณ 2567

เปิดใช้งาน Windows
ไปที่ การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows

27



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี



ร่วมใจภาคีเครือข่าย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

14. Health Literacy



PM : นายธำนิทร์ ไชยานุกูล

ผู้รับผิดชอบ : ก.พัฒนินรูปแบบ

สถานการณ์

- สถานบริการสาธารณสุขสมัคร องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ (99.71%)
- ประเมินผ่าน Health Literacy Organization (36.73%)
- ชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม (81.91%)
- ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง(ระดับดี) (76.23%)

1 มาตรการ

- พัฒนาศักยภาพนักจัดการความรู้ด้านสุขภาพ
- สร้างการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพด้วยเทคโนโลยี และช่องทางที่หลากหลาย
- ผลักดันให้เกิด ธรรมนูญสุขภาพตำบล เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- พัฒนาองค์กร สู่ องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ

2 เป้าหมาย

ประเด็นสร้าง HL เช่นการป้องกัน OVCCA, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครอบครัว เป็นต้น

3 Quick Win

- มีกลไกการสร้าง HL ประเด็นที่เป็นปัญหาสุขภาพ อย่างน้อย 2 เรื่อง/อำเภอ

4 ตัวชี้วัด

- ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (80%)
- สถานบริการสาธารณสุขเป็นองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ (80%)
- มีต้นแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ บุคคลและองค์กร

เปิดใช้งาน Windows
ไปที่ การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows



ร่วมใจภาคีเครือข่าย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

15. สาธารณสุขชายแดน (ไทย-ลาว / ไทย-กัมพูชา)



PM : นว.ภริณี รุ่งพัฒนาชัยกุล

ผู้รับผิดชอบ : ก.ยุทธศาสตร์, ก.ควบคุมโรค

สถานการณ์



ไทย-ลาว

- ส่งต่อผ่านด่านช่องเม็ก 829 ราย (เฉลี่ยเดือนละ 69 ราย)
- มีด่านสากลควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
- มีการประสานงานผ่าน Group LINE



ไทย-กัมพูชา

- ส่งต่อผู้ป่วยกัมพูชา 40-70 ราย/ปี
- มีด่านพรมแดนทางการค้า (ช่องอานม้า อำเภอสำโรง)
- ส่งต่อผู้ป่วยต้องได้รับอนุมัติจากกองกำลังสุรนารี ทุกราย

1 มาตรการ

- กบทวนระบบส่งต่อระหว่างประเทศ
- พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูล (ผู้ป่วยต่างดาว) โรคติดต่อร้ายแรง, การรักษา-ส่งต่อ
- ประชุมเชิงปฏิบัติการซ้อมแผนป้องกันควบคุมโรค
- ประสานงาน สนับสนุนงานวิชาการ (กลุ่มแพทย์ สาธารณสุข) อำเภอติดต่อประเทศเพื่อนบ้าน (ไทย-ลาว ไทย-กัมพูชา)

2 เป้าหมาย

- อำเภอชายแดน 10 อำเภอ
- จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ได้มาตรฐาน
- มีระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อชายแดนที่มีประสิทธิภาพ
- เกิดความร่วมมือด้านวิชาการ กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพระหว่างเมืองคูมิต

3 Quick Win 10

- มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศที่มีประสิทธิภาพ
- มีแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ
- มีฐานข้อมูล ทะเบียนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ
- มีความร่วมมือทางด้านวิชาการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

เปิดใช้งาน Windows
ไปที่ การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



ร่วมใจภาคีเครือข่าย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๖. Safety Tourist



PM : นพ.ชานนท์ พันธนิกุล

ผู้รับผิดชอบ : กษ.อนามัยยิ่งเวดล้อมฯ, NCD, พัฒนบุรีฯ, คสส.

สถานการณ์

จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ๓ เส้นทางหลัก ๑๕ อำเภอ ภายใต้นโยบาย Safety Tourist กำหนดให้มีการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ตามมาตรฐานต่างๆ เช่น ความปลอดภัยด้านอาหาร ตามมาตรฐาน GFGT Plus โรงแรมให้ได้มาตรฐาน GREEN Health Hotel สถานที่ท่องเที่ยวได้ตามมาตรฐาน GREEN Health Attraction โดยบูรณาการขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมกับประเด็นเมืองสุขภาพดี พร้อมทั้งพัฒนาระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคที่ทันสมัย ยกระดับการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยวิกฤตให้ครอบคลุมเส้นทางท่องเที่ยว และมีจุดบริการ Sky Doctor ที่ใช้ได้จริง โดยมีอำเภอเป้าหมาย ๑๕ อำเภอ แบ่งเป็น อำเภอท่องเที่ยวหลัก ๖ อำเภอ อำเภอเส้นทางผ่าน ๙ อำเภอ

มาตรการ

- กำหนดเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจำนวน ๓ เส้นทาง รวม ๑๕ อำเภอ ดังนี้
 - เมือง / มาตรการพิเศษผล/ศรีเมืองใหม่/โพธิ์โพธิ์บาดาล/เขมราฐ
 - เมือง/วารินชำราบ/สว่างวีระวงศ์/พิบูลมังสาหาร/โขงเจียม/สิรินธร
 - เมือง/วารินชำราบ/เดชอุดม/บุณฑริก/นางะหวาย/น้ำยืน/
- ยกระดับมาตรฐานตามกฎหมาย เรื่องความปลอดภัยด้านอาหาร ตลาด/Street Food สถานที่จำหน่ายอาหาร/ของฝากและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่พักโรงแรมได้มาตรฐาน GREEN Health Hotel , /สิ่งแวดล้อมมาตรฐาน HAS ตามเส้นทางสุขภาพ, และสถานที่ท่องเที่ยวได้มาตรฐาน GREEN Health Attraction
- ยกระดับระบบการเฝ้าระวังควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่ทันสมัย และยกระดับด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ
- ยกระดับการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยวิกฤตให้ครอบคลุมเส้นทางสุขภาพ
- ยกระดับการสื่อสารสำหรับผู้ป่วยวิกฤตทางอากาศ Sky Doctor

เป้าหมาย

- เส้นทางท่องเที่ยว ๓ เส้นทาง (จำนวน ๑๕ อำเภอ)
- มีการพัฒนามาตรฐาน Food Safety , และบูรณาการตามเกณฑ์ Healthy City
 - มีระบบเฝ้าระวังโรคและการควบคุมโรคที่ทันสมัย
 - ยกระดับการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยวิกฤตให้ครอบคลุมเส้นทางท่องเที่ยว
 - มีการสื่อสารสำหรับผู้ป่วยวิกฤตทางอากาศ Sky Doctor



๓ Quick Win ๑ ปี

ไตรมาส ๑ (ก.ค.๖๖ - ธ.ค.๖๖)

- กำหนดเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ๓ เส้นทาง (๑๕ อำเภอ)
- กำหนดรายละเอียดการดำเนินงานของแต่ละอำเภอต้นทาง ถึงปลายทาง
- วางระบบแนวทางการสื่อสารสำหรับผู้ป่วยวิกฤตทางอากาศ Sky Doctor

ไตรมาส ๒ (ก.ค.๖๖ - มิ.ย.๖๖)

- ตรวจประเมิน setting ที่เกี่ยวข้องทุกมิติ
- ยกระดับการแพทย์ฉุกเฉินในสถานที่ท่องเที่ยว (จัดอบรม CPR การใช้ AED กลุ่มผู้ประกอบการ)

ไตรมาส ๓ (ก.ค.๖๖ - มิ.ย.๖๖)

- จัดอุปกรณ์ป้องกันกรณีน้ำ อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยว

ไตรมาส ๔ (ก.ค.๖๖ - ก.ย.๖๖)

- สรุปผลงาน
- ถอดบทเรียนและเสนอแผนพัฒนาปีถัดไป

๔ ตัวชี้วัด

- ยกระดับที่พัก/ที่กิน/ที่เที่ยว และผู้ให้บริการได้มาตรฐาน GREEN Health Hotel และ Food Sanitation
- ยกระดับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ
- ยกระดับการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยวิกฤตให้ครอบคลุมเส้นทางท่องเที่ยว
- มีระบบการสื่อสารสำหรับผู้ป่วยวิกฤตทางอากาศ Sky Doctor ในพื้นที่เฉพาะ (โขงเจียม/โพธิ์โพธิ์/น้ำยืน)



มุ่งหมายสุขภาพประชาชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

17. Health Station

(มีผลการพัฒนาโครงสร้าง)



PM : นายธานินทร์ ไชยานุกูล

ผู้รับผิดชอบ : ก.พัฒนบุรีแบบ,

2 เป้าหมาย

- คือ สถานีสุขภาพในชุมชน เกณฑ์มาตรฐาน คสมช. 5 หมวด
- หมวดที่ 1 การบริหารจัดการ
 - หมวดที่ 2 การจัดอัตรากำลังและพัฒนาศักยภาพ
 - หมวดที่ 3 ยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ
 - หมวดที่ 4 การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน
 - หมวดที่ 5 การสร้างการมีส่วนร่วมและการจัดการสุขภาพชุมชน



- ดำเนินการ Health Station ทุกหมู่บ้าน/ทุกชุมชน
- ดำเนินการ Health Station ต้นแบบ ตำบลละ 1 แห่ง (ระดับดี)
- ดำเนินการ Health Station ต้นแบบ ระดับอำเภอ(อำเภอละ 1 แห่ง) (ระดับดีเยี่ยม)

1 มาตรการ

- ประสานภาคีเครือข่ายในการกำหนดพื้นที่เป้าหมาย
- พัฒนาศักยภาพ 3 หมอ (อสม./จนท.สาธารณสุข/แพทย์ FM)
- จัดหาเครื่องมือ/อุปกรณ์การดำเนินงาน
- กำหนดตารางการให้บริการ
- ประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐาน
- พัฒนาส่วนขาด

3 Quick Win 1 ปี

ไตรมาส 1 (ก.ค.๖๖ - ธ.ค.๖๖)

- คัดเลือกพื้นที่ต้นแบบและพัฒนาตามเกณฑ์

ไตรมาส 2 (ก.ค.๖๖ - มิ.ย.๖๖)

- มี Health Station ต้นแบบระดับตำบล (อย่างน้อย 1 แห่ง)

ไตรมาส 3 (ก.ค.๖๖ - มิ.ย.๖๖)

- Health Station ต้นแบบระดับอำเภอ (อย่างน้อย 1 แห่ง)

ไตรมาส 4 (ก.ค.๖๖ - ก.ย.๖๖)

- แลกเปลี่ยนเรียนรู้/ถอดบทเรียน

4 ตัวชี้วัด

Health Station ต้นแบบระดับตำบลสามารถจัดบริการตามมาตรฐานทุกแห่ง



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



มุ่งหมายสู่ภาวะประชาชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

17. Health Station



PM : นายราณินทร์ ไชยานุกูล

ผู้รับผิดชอบ : ก.น.ค.ด

สถานการณ์

(มีบริการให้บริการ)

- ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 653,904 คน ได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน จำนวน 567,832 คน (86.54%)
- ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 588,007 คน ได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง จำนวน 510,390 คน (86.80%)
- กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานได้รับการติดตามยืนยันวินิจฉัย เป้าหมาย 6,684 คน ผลงาน 4,836 คน (72.35%)
- กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการติดตามยืนยันวินิจฉัย เป้าหมาย 29,002 คน ผลงาน 25,738 คน (88.75%)

1 มาตรการ

1. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการคัดกรองสุขภาพได้ที่สถานีสภาพ
2. กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน สามารถเข้าถึงบริการติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ที่สถานีสภาพ
3. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง สามารถเข้าถึงบริการติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ที่สถานีสภาพ

3 ตัวชี้วัด

1. ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน (90%)
2. ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง (90%)
3. กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ได้รับการติดตาม (>72%)
4. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการติดตาม (>85%)

2 เป้าหมาย

1. ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป
 - ที่ต้องได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน 653,904 คน
 - ที่ต้องได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง 588,007 คน
2. กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ที่ได้จากการคัดกรองสุขภาพ ได้รับการติดตามยืนยันวินิจฉัย



รูป การฝังยา เพื่อเปิดใช้งาน Windows



มุ่งหมายสู่ภาวะประชาชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

18. สุขภาพจิต ยาเสพติด



PM : นายประทีป บุขุธรรม

ผู้รับผิดชอบ : NCD, บริหารทรัพยากรบุคคล

ตั้งกลุ่มงานจิตเวชทุกอำเภอ/ sw.มีนิรภัยรักษ์

สถานการณ์

- อุบลราชธานี มีสถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด 1 แห่ง (ทองบึง21)
- รพศ./รพท. ทุกแห่ง มีหอผู้ป่วยจิตเวช
- มีศูนย์คัดกรอง 323 แห่ง ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม 264 แห่ง ชุมชนบำบัด CBTx จำนวน 57 หมู่บ้าน
- ขาดพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 2 คน (sw.สำโรง, sw.นางะหวาย)
- Retention Rate (71.40%)

1 มาตรการ

1. คัดกรองดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต,ยาเสพติดเบื้องต้น
2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต ยาเสพติดที่มีคุณภาพทุกพื้นที่เข้าถึงง่าย
 - จัดตั้งมีนิรภัยรักษ์ อย่างน้อย 2 แห่ง
 - พัฒนา Ward จิตเวชใน รพศ. รพท. ตามเกณฑ์มาตรฐาน
 - จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวช ใน รพช. ทุกแห่ง และมีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม
3. พัฒนากลไกและความร่วมมือการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด

2 เป้าหมาย

- ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยจิตเวช/ยาเสพติด ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)
- มีชุมชนบำบัด (CBTx) ในตำบล/ชุมชน ครอบคลุมตำบล (219 ตำบล)
- ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการติดตามต่อเนื่อง 6 เดือนจนหายทุกเลา

4 ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) (62%)
2. มีชุมชนบำบัด (CBTx) ครอบคลุมตำบล 219 ตำบล (100%)
3. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ใน swช. มี วนก.ปฏิบัติงานจริงตามมาตรฐานด้านโครงสร้าง และ ครอบงวน (By Function)
4. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกินอัตรา 8 ต่อ 100,000 คน
5. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (>90%)
6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุกเลา (Remission) (>55%)

3 Quick Win 100 วัน

- มีนิรภัยรักษ์ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดครบวงจร (อย่างน้อย 2 แห่ง)
- มีกลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด ใน swช. และสามารถดำเนินการได้
- มีชุมชนบำบัด CBTx ในตำบล/ชุมชน (50%)



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี



มุ่งหมายสู่ภาวะประชาชน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

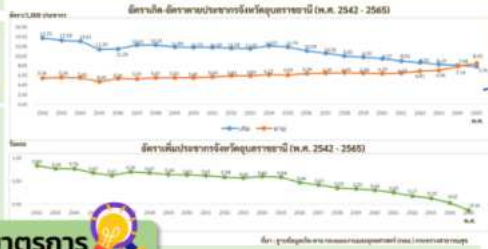
19. ส่งเสริมการมีบุตร



PM : นายประทีป บุญธรรม

ผู้รับผิดชอบ : ก.ส่งเสริมสุขภาพ, ก.พัฒนารูปแบบ

สถานการณ์



อัตราเกิดลดลง อัตราเพิ่มลดลง

1. มาตรการ

1. มีการจัดตั้งศูนย์ IVF (In Vitro Fertilization) ใน sw.สรรพลักษณ์ประสงค์
2. สูติแพทย์ใน sw.แม่โขง สามารถทำ IUI ได้
3. มีระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ และระบบให้คำปรึกษาในสถานบริการทุกระดับ

3. Quick Win 100 วัน

- 3 เดือน: มี 3 Level
- Level 1 : พัฒนาศูนย์ได้แก่ พยาบาล ANC และ สูติแพทย์ เข้าอบรมของเขตสุขภาพที่ 10 เรื่องการมีบุตรยาก , อบรม Infertile
 - Level 2 : สูติแพทย์สามารถ IUI ได้ และให้คำแนะผู้ป่วยได้ชัดเจน
 - Level 3 : มีการทำ IVF ได้สมบูรณ์ที่ sw. สรรพลักษณ์ประสงค์
- 6 เดือน: พัฒนาศักยภาพ คน เงิน ของ ให้กับโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ทำ IUI, IVF ได้อย่างสมบูรณ์

2. เป้าหมาย

1. มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตรใน sw.ค.ทุกแห่ง
2. จำนวนการเกิดเท่าเดิมไม่ลดลงกว่าเดิม
3. sw.ทุกแห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการ ดังนี้
 Level 1 : sw.ค.ทุกแห่ง ให้คำปรึกษาการมีบุตรยากและสามารถให้ทางเลือกกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
 Level 2 : sw.แม่ข่าย(sw.ค./sw. ที่มีสูติแพทย์) ทุกแห่ง (วาริน/พิบูล/สว.เดชอุดม/๕๐ พรรษา/ตระการฯ) สามารถทำ IUI = Intra-Uterine Insemination (ฉีดเชื้อสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง) ได้สมบูรณ์
 Level 3 : sw.สรรพลักษณ์ประสงค์ มีการทำ IVF = In Vitro Fertilization (เด็กหลอดแก้ว) ได้สมบูรณ์

4. ตัวชี้วัด

sw.ค./sw.ค. ทุกแห่ง มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร



เปิดใช้งาน Windows
ไปที่ การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows



มุ่งหมายสู่ภาวะประชาชน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

19. ส่งเสริมการมีบุตร Zero MMR



PM : นายประทีป บุญธรรม

ผู้รับผิดชอบ : ก.ส่งเสริมสุขภาพ, ก.พัฒนารูปแบบ

สถานการณ์

อัตราการตาย ปี 2563=24.07 ปี 2564=29.49 ปี 2565=7.77 ปี 2566=21.68
สาเหตุการตายมารดาตลอด มาจาก ตกเลือดหลังคลอด รกเกาะแน่น รกเกาะต่ำ และโรคร่วมทางอายุกรรม

1. มาตรการ

1. จัดตั้ง PMS:ระดับอำเภอและตำบล
2. สร้าง HL คู่สมรส
3. หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลจาก สูติแพทย์
4. พัฒนากิจกรรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่ม High Risk จนท.ส.
5. สร้างภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน

2. เป้าหมาย

หญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ทุกรายในจังหวัดอุบลราชธานี

3. ตัวชี้วัด

1. ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ (มากกว่าหรือเท่ากับ 80%)
2. การฝากครรภ์ 5 ครั้ง (มากกว่าหรือเท่ากับ 75%)
3. ฝากครรภ์ 8 ครั้งตามเกณฑ์ (มากกว่า 55%)
4. มารดาตายไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีวิตแสดคน

เปิดใช้งาน Windows
ไปที่ การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



มุ่งหมายสุขภาพประชาชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

20. สุขภาวะผู้สูงอายุ



PM : นายประทีป บุญธรรม

ผู้รับผิดชอบ : ก.ส่งเสริมสุขภาพ

สถานการณ์

- ผู้สูงอายุทั้งสิ้น 273,888 คน (19.19% จากประชากรทุกกลุ่ม)
- คัดกรองพบภาวะเสี่ยง Stroke STEMI Hip Fracture เสี่ยงสูง (16.23%)
- คัดกรองพบภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม (2.19%) -คัดกรองพบเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (3.62%)

1 มาตรการ

- จัดระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุทุกอำเภอ
- โรงพยาบาลให้บริการคลินิกผู้สูงอายุทุกสัปดาห์
- อปท. ให้การสนับสนุน อุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น แวนตา ผ้าอ้อมสำเร็จรูป กายอุปกรณ์
- จัดบริการใส่ฟันเทียม / รากฟันเทียม

2 เป้าหมาย

- ผู้สูงอายุมีระดับการประเมิน ADL เท่าเดิมหรือดีขึ้น
- ผู้สูงอายุมีแผน Wellness plan รายบุคคล

4 ตัวชี้วัด

- ผู้สูงอายุมีระดับ ADL เท่าเดิมอย่างน้อย 55%
- ผู้สูงอายุมีระดับ ADL ดีขึ้นอย่างน้อย 20%
- ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) (มากกว่า 55%)

3 Quick Win 1 ปี

ไตรมาส 1 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)

- กำหนด PM รับผิดชอบ กำ CPG ระบบดูแลสุขภาพ ไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ
- จัดทำโครงการขอร้องงบประมาณจากกองทุนสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น
- ให้บริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (10% ของเป้าหมาย)

ไตรมาส 2 (ม.ค.67 - มี.ค.67)

- มีการดำเนินงานตาม CPG ระบบดูแลสุขภาพไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ
- ผู้สูงอายุได้รับสนับสนุนการดำรงชีพ เช่น แวนตา ผ้าอ้อมสำเร็จรูป กายอุปกรณ์ การจัดหาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

ไตรมาส 3 (เม.ย.67 - มิ.ย.67)

- ให้บริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม
- ไตรมาสที่ 2 บริการ 50% ของเป้าหมาย
- ไตรมาสที่ 3 บริการ 100% ของเป้าหมาย

ไตรมาส 4 (ก.ค.67 - ก.ย.67)

- ความครอบคลุมการคัดกรองสุขภาพ > 90%
- ระดับ ADL ผู้สูงอายุดีขึ้น

เปิดใช้งาน Windows ในที่ การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows



ร่วมใจภาคีเครือข่าย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

Healthy Cities MODELS (Blue Zone)



PM : นพ.ชัยวัฒน์ คาราสิณธ์

ผู้รับผิดชอบ : ก.ส่งเสริม, อ.อ.ส., NCD, คน.ส., แพทย์แผนไทย, พ.

เมืองสุขภาพดี วิถีชุมชน คนอายุยืน

สถานการณ์

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบาย ประเด็นเศรษฐกิจสุขภาพ เพื่อสร้างต้นแบบพื้นที่อายุยืน "หนึ่งเขตสุขภาพ หนึ่งพื้นที่อายุยืน" ในทุกจังหวัด พัฒนาสู่การเป็น ศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง ดูแลสุขภาพแบบครบวงจร ต่อยอดการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ขับเคลื่อนเศรษฐกิจภายใต้การพัฒนาเมืองต้นแบบด้านสุขภาพ (Healthy Cities MODELS) เพื่อยกระดับการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จังหวัดอุบลราชธานี มีพื้นที่ที่ผ่านการประเมินตามมาตรฐานเมืองสุขภาพดี (Healthy City) จำนวน ๔ แห่ง ได้แก่ ทม.พิบูลมังสาหาร ทม.เดชอุดม ทม.วารินชำราบ และทม.แวงจระแม

มาตรการ

๑. แต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัดและอำเภอ
๒. คัดเลือกพื้นที่ดำเนินการเมืองต้นแบบด้านสุขภาพ (Healthy Cities MODELS) จาก อปท. ที่ผ่านการประเมินรับรองเมืองสุขภาพดี (Healthy City) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ และบริบทพื้นที่
๓. รับรอง Wellness Center, ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการอนุญาตใหม่ และมีการสร้างงานสร้างอาชีพให้กับประชาชน (Caregiver, Care Assistance และนวดไทยเพื่อสุขภาพ)
๔. ยกระดับ การกินดี อยู่ดี วิถีไทย เพิ่มมูลค่าชุมชน (Wellness Community)
๕. ยกระดับ เป็นต้นแบบเมืองสุขภาพดี วิถีชุมชน คนอายุยืน (Blue Zone) ตามหลัก ๗ ดี (กินดี อยู่ดี อารมณ์ดี สติปัญญาดี สิ่งแวดล้อมดี สังคมดี ระบบสุขภาพดี)
๖. วิเคราะห์ประสิทธิผลการดำเนินงานต้นแบบเมืองสุขภาพดี วิถีชุมชน คนอายุยืน

เป้าหมาย

เทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร

Quick Win ๓ ปี

ไตรมาส ๑ (ธ.ค.๖๖ - ธ.ค.๖๖)

- กำหนด Criteria City MODELS
- ประกาศพื้นที่เป้าหมายดำเนินการเมืองต้นแบบด้านสุขภาพ (Healthy Cities MODELS)

ไตรมาส ๒ (ก.ค.๖๗ - มี.ค.๖๗)

- รับรอง Wellness Center
- ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการอนุญาตใหม่

ไตรมาส ๓ (เม.ย.๖๗ - มิ.ย.๖๗)

- ยกระดับ การกินดี อยู่ดี วิถีไทย เพิ่มมูลค่าชุมชน (Wellness Community)

ไตรมาส ๔ (ก.ค.๖๗ - ก.ย.๖๗)

- ยกระดับ เป็นต้นแบบเมืองสุขภาพดี วิถีชุมชน คนอายุยืน (Blue Zone)
- สร้างงานสร้างอาชีพให้กับประชาชน
 - ๑) Caregiver ๒) Care Assistance ๓) นวดไทยเพื่อสุขภาพ
- วิเคราะห์ประสิทธิผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียน เชิดชูเกียรติ และขยายผล

ตัวชี้วัด

๑. จังหวัดอุบลราชธานี มีต้นแบบเมืองสุขภาพดี วิถีชุมชน คนอายุยืน (Blue Zone) จำนวน ๑ แห่ง
๒. รับรอง Wellness Center ในพื้นที่ต้นแบบ
๓. ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการอนุญาตใหม่ ร้อยละ ๖๐ ตามแผน
๔. สร้างงานสร้างอาชีพให้กับประชาชน (Caregiver, Care Assistance และนวดไทยเพื่อสุขภาพ) ในพื้นที่ต้นแบบ



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี



มุ่งหมายสู่ภาวะประชาชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

21. พัฒนาการเด็ก



PM : นายประทีป บุญธรรม

ผู้รับผิดชอบ : ก.ส่งเสริมสุขภาพ, ก.NCD

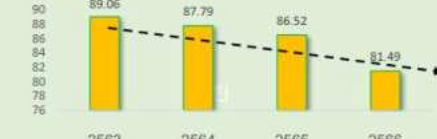
สถานการณ์

(ร้อยละ)



ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาเด็ก ปี 2563-2566

(ร้อยละ)



ผลการประเมินพัฒนาการสมวัยเด็ก ปี 2563-2566



ผลการประเมิน IQ เด็กอุบลราชธานี

1. มาตรการ

1. คัดกรองพัฒนาการ ติดตาม ส่งต่อ

- สนับสนุนวิชาการ ครู ผู้ดูแลเด็ก ในการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการด้วย DSPM
- Health coacher ให้คำปรึกษาผ่าน Group LINE/เชื่อมโยงการส่งต่อผ่าน Line notify
- ขยายเครือข่าย จัดอาสาพัฒนาการเด็ก/ อสม.เชี่ยวชาญ /CFCT

2.เตรียมเด็กประเมิน IQ ปี2569

- สำรวจกลุ่มเป้าหมายประเมิน IQปี2569 จัดทำทะเบียน/ทำ CP รายบุคคล
- สนับสนุน ศพด. High scope /4D จัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะ EF
- ส่งเสริม HL พ่อแม่ผู้ปกครอง/ทักษะการเลี้ยงดู ผ่านกิจกรรม Triple P

2. เป้าหมาย

- เด็กทุกราย ที่อาศัยในพื้นที่ จ.อุบลราชธานี
- เด็กที่เป็นเป้าหมาย จะต้อง IQ ไม่น้อยกว่า 103 ในปี 2569
- มีตำบลสมัคร 1,000 วันสู่ 2,500 วัน เพิ่มอำเภอละ 3 ตำบล
- สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัด/ครู ผู้ดูแลเด็ก
- พ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย



มุ่งหมายสู่ภาวะประชาชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

21. พัฒนาการเด็ก



PM : นายประทีป บุญธรรม

ผู้รับผิดชอบ : ก.ส่งเสริมสุขภาพ, ก.NCD

3 Quick Win 1 ปี

ไตรมาส 1 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)

- มีการแต่งตั้งคณะทำงาน ระดับอำเภอ ตำบล
- สำรวจจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย
- ทำแผนเพื่อของบกองทุนสุขภาพตำบล
- ดำเนินการตามแผนที่วางไว้

ไตรมาส 2 (ม.ค.67 - มี.ค.67)

- จัดกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้
- การดำเนินการตามมาตรฐานตำบลสมัคร 1,000 วันสู่ 2,500 วัน

ไตรมาส 3 (เม.ย.67 - มิ.ย.67)

ไตรมาส 4 (ก.ค.67 - ก.ย.67)

- ประเมิน/ประกาศตำบลสมัคร 1,000 วันสู่ 2,500 วัน

4 ตัวชี้วัด

- ร้อยละเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ(>90%)
- ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (>20%)
- ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม(>90%)
- ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (>86%)
- สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัดร่วมยกระดับการพัฒนามาตรฐาน (4D) (80%)
- เด็กอายุ 6-12 เดือนได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง (90%)
- เด็กอายุ 2-5 ปีได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง (90%)
- เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะโลหิตจางได้รับการติดตามรักษา (95%)
- เด็กอายุ 6 เดือน -5 ปี ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กตามเกณฑ์อายุ (95%)
- เด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ (ซึ่ง นน.วัดส่วนสูง ทุก 3 เดือน (90%)
- ผ่านเกณฑ์ตำบลสมัคร 2,500 วัน ทุกองค์ประกอบอย่างน้อย 3 ตำบลใน 1 อำเภอ
- ทุกตำบลใน 25 อำเภอ ของจังหวัดอุบลฯ มีการดำเนินงานโครงการ นม 90 วัน 90 กล้อง (100%)
- หญิงตั้งครรภ์ทุกคนในหมู่บ้านต้องได้รับนม 90 กล้อง (100%)

เปิดใช้งาน Windows
ไปที่ การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows





สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



มุ่งหมายสุขภาพประชาชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

22. มะเร็งครบวงจร



PM : นพ.สาโรช สมชอบ

ผู้รับผิดชอบ : NCD, ควบคุมโรค, อว.

สถานการณ์

- อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง (ต่อแสน ปชท.)
1. มะเร็งตับและทางเดินท่อน้ำดี 40.97 (1,873 คน)
 2. มะเร็งเต้านม 3.36 (154 คน)
 3. มะเร็งลำไส้ใหญ่ 2.96 (140 คน)
 4. มะเร็งปากมดลูก 2.36 (108 คน)

- ร้อยละการตรวจคัดกรองมะเร็งในกลุ่มเป้าหมาย
1. มะเร็งตับและทางเดินท่อน้ำดี 107.03 (14,557 คน) **คิดปกติ 25.57%** (3,731 คน)
 2. มะเร็งเต้านม 72.45 (267,145 คน) **คิดปกติ 0.004%** (1,095 คน)
 3. มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 55.92 (29,764 คน) **คิดปกติ 10.91%** (3,248 คน)
 4. มะเร็งปากมดลูก 41.85 (25,452 คน) **คิดปกติ 7.19%** (1,830 คน)

• มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล จำนวน 12 แห่ง (10 อำเภอ)

2 เป้าหมาย

1 มาตรการ

1. การจัดการบริการด้านโรคมะเร็งครบวงจร
 - ตั้งแต่ การส่งเสริม ป้องกัน การคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย การรักษางานถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - กำหนดให้มี Cancer Warrior ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ
2. ป้องกันการเกิดโรค และต้นเหตุการเกิดโรค
 - การตัดวงจรพยาธิใบไม้ตับ
 - การให้วัคซีน HPV กลุ่มหญิงตามเป้าหมาย
 - สร้างการมีส่วนร่วมในการสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลทุกอำเภอ
 - คัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อหาผู้ป่วยระยะแรก
 - คัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก
 - คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง



ประเด็น	เป้าหมาย
1. มี Cancer Warrior	ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ
2. รณรงค์การฉีดวัคซีน HPV ในกลุ่มผู้หญิง 9-11 ปี - มหาวิทยาลัยปี 2 เข็ม 1	ประชากรหญิงอายุ 11 - 20 ปี
3. พื้นที่ดำเนินโครงการคัดกรองเต้านมด้วยรถเอกซเรย์ (Mammogram) เจลิมพร-เกียรติพร-วิชิตเกล้า เจ้าอยู่หัว (คัดกรองมะเร็งเต้านมในประชากรหญิง อายุ 30 - 70 ปี)	สว.๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ, อำเภอศรีเมืองใหม่, อำเภอสิรินธร, อำเภอนางะหวาย
4. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ประชากรหญิงอายุ 30 - 60 ปี
5. การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง	ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 50 - 70 ปี
6. การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ	ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป
7. การตรวจคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี ด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์	ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป
8. มี Model การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกัน OVCCA	1 Model เปิดใช้งาน Windows ไม่มี การใช้งาน เพื่อเปิดใช้งาน Windows อำเภอละ 1 หมู่
9. มีการสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล (แบบทรายกรอง) ใหม่	



มุ่งหมายสุขภาพประชาชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

22. มะเร็งครบวงจร



PM : นพ.สาโรช สมชอบ

ผู้รับผิดชอบ : NCD, ควบคุมโรค, อนามัยสิ่งแวดล้อม

3 Quick Win

เป้าหมาย	Quick Win	ประเด็น
1 ทีม	2 เดือน	แต่งตั้ง Cancer Warrior ระดับจังหวัด (สว. = นพ.ศรัณย์ กิจศรันย์ สสจ. = นพ.สาโรช สมชอบ)
25 อำเภอ	2 เดือน	แต่งตั้ง Cancer Warrior ระดับอำเภอ (สสจ.= 1 คน, สวท./สวช. = 1 คน)
รอเป้าจาก ส่วนกลาง	3 เดือน	ฉีดวัคซีน HPV ในประชากรหญิงอายุ 11-20 ปี (100% ของวัคซีนที่ได้รับจัดสรร) -พย.66 School base เด็ก 11-17 ปี -รค.66-มค.67 กลุ่มนอกระบบอายุ 18-20 ปี
4,000 คน	9 เดือน	คัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป





สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี



มุ่งหมายสุขภาพประชาชน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

22. มะเร็งครบวงจร

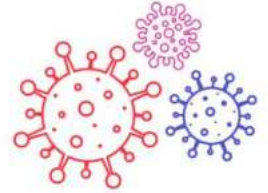


PM : นว.สาโรช สมชอบ

ผู้รับผิดชอบ : NCD, ควบคุมโรค, ออนามัยสิ่งแวดล้อม

4 ตัวชี้วัด

1. มี Cancer Warrior ระดับอำเภอ ทุกอำเภอ (100%)
2. ประชากรหญิงอายุ 11 – 20 ปี ได้รับการฉีดวัคซีน HPV (100% ของวัคซีนที่ได้รับจัดสรร)
3. ประชากรหญิงอายุ 30 – 60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก $\geq 70\%$
และผู้ที่มียาผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy $\geq 70\%$
4. ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง
ด้วยวิธี FIT test $\geq 55\%$ และผู้มียาผิดปกติได้รับการส่องกล้อง colonoscopy $\geq 55\%$
5. ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ (100%)
6. ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี
ด้วยวิธีการตรวจ อัลตราซาวด์ ตามเป้าหมายที่กำหนด (100%)
7. มี Model การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการเฝ้าระวัง OVCCS
อำเภอละ 1 Model
8. มีระบบบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลใหม่ อย่างน้อยอำเภอละ 1 ระบบ



เปิดใช้งาน Windows
ไปที่ การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows



มุ่งหมายสุขภาพประชาชน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

22. มะเร็งครบวงจร มะเร็งช่องปาก



PM : นว.สาโรช สมชอบ

ผู้รับผิดชอบ : ก.ทันตสาธารณสุข

สถานการณ์

- อุบลราชธานี ดำเนินการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2561
- คัดกรองกลุ่มประชาชน 40 ปีขึ้นไป บริการทันตกรรม 410,496 คน คัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก 79,244 คน (19.30%)
เสี่ยงมะเร็งช่องปาก 4 ราย (0.01%)

1. มาตรการ

1. จัดระบบคัดกรองเชิงรุก บูรณาการร่วม หน่วยแพทย์ พอ.สว. เฝ้าระวังในคลินิกทันตกรรม สว. /สว.สค. และคลินิก NCD
2. พัฒนาศักยภาพ อสม. ตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปากเบื้องต้น โดย RISKOCA
3. รณรงค์ให้ประชาชน เฝ้าระวังรอยโรคในช่องปากได้ด้วยตนเอง
4. จัดระบบส่งต่อ ติดตาม คืบข้อมูลผู้ป่วยในพื้นที่
5. พัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรในการ Dx รอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปาก

2. เป้าหมาย

- ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปมารับบริการได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก
- ผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) และตรวจทางพยาธิสภาพ ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) หรือตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม



2. ตัวชี้วัด

1. ร้อยละประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป มารับบริการตรวจช่องปากคัดกรองรอยโรคในช่องปาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 40%)
2. ร้อยละของผู้มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) หรือตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม (100%)

เปิดใช้งาน Windows
ไปที่ การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี



มุ่งหมายสุขภาวะประชาชน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

23. Healthy City



PM : นพ.สาโรช สมชอบ
ผู้รับผิดชอบ : กอบามัยสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์ อุบลราชธานี มี อปท. 239 แห่ง ผ่านเกณฑ์ Healthy City (ปี2566) 4 แห่ง (ทม.แจระแม, ทม.วารินชำราบ, ทม.พิบูลมังสาหาร, ทม.เดชอุดม)

1 มาตรการ

1. เชิญชวน อปท. เข้าร่วมโครงการ
2. ทีมเครือข่ายเมืองสุขภาพดีเป็นที่ปรึกษา
3. แต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอ
4. ประเมินส่วนขาดตามเกณฑ์ /พัฒนาส่วนขาด
5. คณะกรรมการระดับจังหวัด เยี่ยมเสริมพลัง
6. รับการประเมินรับรองจากทีมเขต/จังหวัด
7. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best Practice
8. เชิดชูเกียรติ อปท. ที่ผ่านการประเมินรับรอง

2 เป้าหมาย

อปท.เป้าหมาย

3 Quick Win 1 ปี

- ไตรมาส 1 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)**
 - อปท.เป้าหมายสมัครร่วมโครงการ/ประเมินตนเอง (พย.66)
 - ทีมพี่เลี้ยง ชี้แจงเกณฑ์การประเมินและแนวทางพัฒนาตามเกณฑ์
- ไตรมาส 2 (ม.ค.67 - มี.ค.67)**
 - ทีมพี่เลี้ยงที่ปรึกษาเยี่ยมเสริมพลัง, จัดทำแผนพัฒนาส่วนขาด
 - ดำเนินการพัฒนาส่วนขาด
- ไตรมาส 3 (เม.ย.67 - มิ.ย.67)**
 - ดำเนินการพัฒนาส่วนขาด
 - เตรียมรับการประเมินรับรอง จากทีมเขต/จังหวัด
- ไตรมาส 4 (ก.ค.67 - ก.ย.67)**
 - ประชุมถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เชิดชูเกียรติหน่วยงาน ที่ผ่านการประเมิน Healthy City

4 ตัวชี้วัด

เปิดใช้งาน Windows
อปท.ผ่านการประเมิน Healthy City อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง (เรียงจาก เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล/องค์การบริหารส่วนตำบล)



มุ่งหมายสุขภาวะประชาชน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

23. Healthy City



PM : นพ.สาโรช สมชอบ
ผู้รับผิดชอบ : กอบามัยสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์ อุบลราชธานี มี อปท. 239 แห่ง ผ่านเกณฑ์ Healthy City (ปี2566) 4 แห่ง (ทม.แจระแม, ทม.วารินชำราบ, ทม.พิบูลมังสาหาร, ทม.เดชอุดม)

1 มาตรการ

1. เชิญชวน อปท. เข้าร่วมโครงการ
2. ทีม จนท.สร. เป็นที่ปรึกษา
3. แต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอ
4. ประเมินส่วนขาดตามเกณฑ์ /พัฒนาส่วนขาด
5. คณะกรรมการระดับจังหวัด เยี่ยมเสริมพลัง
6. รับการประเมินรับรองจากทีมจังหวัด
7. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best Practice
8. เชิดชูเกียรติ อปท.ที่ผ่านการประเมินรับรอง

2 เป้าหมาย

อปท.ผ่านเกณฑ์ Healthy City อย่างน้อย อำเภอละ 1 แห่ง (เรียงจาก ทน./ทม./กต./อบต.)

เกณฑ์การประเมินมาตรฐานเมืองสุขภาพดี องค์ประกอบ 3 ด้าน : 18 ประเด็น : 23 ตัวชี้วัด

Healthy Environments สิ่งแวดล้อมเมืองสุขภาพดี

- 1 มีนโยบายหรือแผนพัฒนาท้องถิ่นด้านสิ่งแวดล้อมโดยทมีส่วนร่วมของประชาชน
- 2 มีพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาพ (ทางเดินเท้า, ทางจักรยาน, สนามกีฬา, พื้นที่พักผ่อน, พื้นที่สีเขียว)
- 3 มีสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับทุกคน (Universal Design)
- 4 มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภท
- 5 มีการจัดการสิ่งปฏิกูล
- 6 มีการจัดการคุณภาพน้ำประปาอย่างถูกต้อง
- 7 ประชาชนได้รับการคุ้มครองสุขภาพจากปัญหามลพิษทางกาย
- 8 การจัดการอากาศที่ดี
- 9 การดำเนินการรองรับภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัย

Healthy Settings สถานที่เอื้อต่อสุขภาพ

- 10 ที่พักอาศัย/บ้านเรือน/ชุมชนปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ
- 11 ตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดสมัยใหม่ (Healthy Market)
- 12 สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารปลอดภัย (CFGT)
- 13 ส่วนสาธารณะใช้โครงสร้างส่วนสาธารณสุข (HAS)
- 14 ภาวสถานส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์
- 15 สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเข้ารับการประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ
- 16 สถานศึกษาพัฒนาเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานภาค

Healthy People ประชาชนตระหนักรู้และสุขภาพดี

- 17 มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัย
- 18 มีการรณรงค์ทางสังคมและมีการดำเนินกิจกรรมอย่างบูรณาการ
- 19 ร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 20 ร้อยละของเด็กที่พัฒนาการสมวัย
- 21 ร้อยละของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 22 ร้อยละของผู้สูงอายุเป็นแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
- 23 ร้อยละหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีการคัดแยกมูลฝอย

เปิดใช้งาน Windows
bit.ly/healthycityth

เปิดใช้งาน Windows
ไปที่ การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี



มุ่งหมายสู่ภาวะประชาชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

24. DM Remission



PM : **พ.ว.ชัยวัฒน์ ดาราสิทธิ์**

ผู้รับผิดชอบ : **ก.น.ค.ด**

สถานการณ์

- จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 114,449 คน : ตรวจ HbA1c 80.86% (92,538 คน) : Good control DM 35.79% (40,965 คน)
- การดำเนินการในปี 2566 อำเภอดำเนินการ 20 อำเภอ / อำเภอที่ยังไม่ดำเนินการ 5 อำเภอ ได้แก่ ตาลชุม เหล่าเสือโก้ก เขมราชู นางะหลวย กุ้งศรีอุดม
- ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 822 คน / Drop out 19 คน (2.31%)
- ผู้ป่วยครบประเมิน 3 เดือน 761 คน (92.58%) / ผู้ป่วยที่หยุดยา 206 คน (27.07%) / ผู้ป่วยยังไม่ครบประเมิน 31 คน (7.42%)

1 มาตรการ

1. ขับเคลื่อนนโยบายและขยายการดำเนินงาน Diabetes Remission ให้ครอบคลุมทุกอำเภอ, ทุก sw.ส.ต. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. กำหนดจำนวนผู้ป่วยและเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย เข้าร่วมโครงการให้ชัดเจน
3. มี PM ระดับอำเภอ (M&E)
4. สร้างการมีส่วนร่วมกับ อบจ. ในการขับเคลื่อนในพื้นที่ของ sw.ส.ต.ถ่ายโอน

2 เป้าหมาย

1. เพิ่มความครอบคลุม ของหน่วยบริการในการดำเนินงาน (100%)
2. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถหยุดยาได้
3. sw.ส.ต.ถ่ายโอน มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ

3 Quick Win 1 ปี

ไตรมาส 1 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)

- มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับอำเภอ
- มีแผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงาน

ไตรมาส 2 (ม.ค.67 - มี.ค.67)

- มีการประชุมคณะกรรมการฯ ในการดำเนินงาน อย่างน้อย 1 ครั้ง
- โรงพยาบาล, sw.ส.ต. ในสังกัด สร.มีกลุ่มเป้าหมาย ในการดำเนินงานที่ชัดเจน

ไตรมาส 3 (เม.ย.67 - มิ.ย.67)

- มีผลลัพธ์การดำเนินงาน

ไตรมาส 4 (ก.ค.67 - ก.ย.67)

4 ตัวชี้วัด

1. sw.และ sw.ส.ต. ในสังกัด สร. ดำเนินงาน Diabetes Remission (100 %)
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 5 ปีที่ผ่านมา เข้าร่วมโครงการ > 10 %
3. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ สามารถหยุดยาได้ (นับจากวันที่เริ่มหยุดยา) > 30 %
4. มี sw.ส.ต. ถ่ายโอน เข้าร่วมโครงการ

• ภาคผนวก

เปิดใช้งาน Windows
โดยใช้ การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประเด็นนโยบาย : โรคอุบัติซ้ำ (วัณโรค)



สถานการณ์ปัจจุบัน ปี 2566 (เทียบกับปี 2561-2565)

- ร้อยละการคัดกรองใน 7 กลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก ($\geq 90\%$)	ปี 2566 : 97.23	(100, 98.55, 100, 98.05, 91.28)
- อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน วัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ ($\geq 90\%$)	ปี 2566 : 74.37	(63.30, 68.46, 71.93, 67.25, 58.61)
- อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ($\geq 88\%$)	ปี 2566 : 82.15	(88.89, 92.00, 88.24, 84.05, 85.88)
- อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ($\leq 1\%$)	ปี 2566 : 2.15	(2.34,1.54,3.10, 2.85,3.14)
- อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ($\leq 5\%$)	ปี 2566 : 15.69	(7.60, 6.46, 8.36, 12.54, 10.59)

1. มาตรการต้นให้พบ

- เพิ่ม กลุ่มเป้าหมาย ใน 7 กลุ่มเสี่ยง เน้น ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม , และ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้
- เน้นการคัดกรองเชิงรุกในจุดบริการตั้งรับ
- กลุ่มที่ผลบอดมีดปกติ เสมหะลบ ส่ง X-pert 100%

มาตรการสำคัญ

2. มาตรการจบด้วยหาย

- การ Admitted ผู้ป่วยวัณโรค 3-7 วัน
- ทำ Case management ในกลุ่ม High risk TB
- ทำ DOT / Digital DOT
- การรักษาวัณโรคด้วยสูตรยามาตรฐาน 6-9 ค.

3. มาตรการติดตามและประเมินผล

เป้าหมาย

25 อำเภอ

Quick win

3 ค.	6 ค.	9 ค.
- มีเป้าหมายคัดกรอง 7 กลุ่มเสี่ยง CXR > 20 % CXR มีดปกติเข้าได้กับ วัณโรค ส่ง X-pert 100%	- CXR -> AI -> (+) ส่ง X-pert CXR > 60 % CXR มีดปกติเข้าได้ กับวัณโรค ส่ง X-pert 100%	- คัดกรอง CXR $\geq 90\%$ - ขึ้นทะเบียน $\geq 90\%$ - success $\geq 88\%$ - ตาย $\leq 5\%$ - ขาดยา $\leq 1\%$
- มีแผนการดำเนินงานวัณโรค - มีสรุปวาระการประชุม คปสอ. ทุกเดือน (ผลคัดกรอง, ขึ้นทะเบียนPt. แยกราย รพ.สต.,กลุ่ม High risk TB ทำ Case management, DOT,digital DOT,ผลการรักษา)	- มีสรุปวาระการประชุม คปสอ. ทุกเดือน (ผลคัดกรอง, ขึ้นทะเบียน Pt.แยกราย รพ.สต.,กลุ่ม High risk TB ทำ Case management, DOT,digital DOT,ผลการรักษา)	- มีสรุปวาระการประชุม คปสอ. ทุกเดือน (ผลคัดกรอง, ขึ้นทะเบียน Pt.แยกราย รพ.สต.,กลุ่ม High risk TB ทำ Case management, DOT,digital DOT,ผลการรักษา)

ตัวชี้วัด

- ร้อยละการคัดกรองใน 7 กลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก ($\geq 90\%$)
- อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน วัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ ($\geq 90\%$)
- อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ($\geq 88\%$)
- อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ($\leq 1\%$) - อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ($\leq 5\%$)

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

ผู้รับผิดชอบงาน : 1.นายกฤตวิสุทธิ อธิษฐานมงคล นว.สส.ชำนาญการ, 2.น.ส.หนึ่งฤทัย คำมรรค จพ.สส.ชำนาญงาน, 3.นายไตรเทพ ไชแสง ผู้ประสานงาน GF

48

เกณฑ์การเปิด EOC. กรณีควบคุมโรคติดต่อ จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2567



1. โรคไข้เลือดออก (ทีมเลขานุการ : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ)

- เปิด EOC ระดับตำบล : มีหมู่บ้านระบาดเกิน 25%
- เปิด EOC ระดับอำเภอ : มีตำบลระบาดเกิน 25%
- เปิด EOC ระดับจังหวัด : มีอำเภอระบาดเกิน 25%

หมายเหตุ : ผู้บริหาร หมายถึง ผอ.รพท., ผอ.รพช., รอง ผอ.รพ., สสอ., ผช.สสอ., หัวหน้ากลุ่มงานใน รพ./ สสอ. ทุกคน, หัวหน้าและเลขานุการทุกห้องภารกิจ EOC อำเภอ

ปิด EOC เมื่อควบคุมการระบาดได้ (ไม่มีหมู่บ้านที่ระบาดเกิน 28 วัน) + ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต + จำนวนผู้ป่วยลดลงไม่เกิน Median ในช่วง 4 สัปดาห์ย้อนหลัง (โดยทีม SAT อำเภอวิเคราะห์สถานการณ์โรคติดต่อทุกสัปดาห์)

2. โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies)

- เปิด EOC ระดับอำเภอ : มีสัตว์ตรวจพบเชื้อพิษสุนัขบ้า 2 ตัวขึ้นไปภายใน 3 เดือน
- เปิด EOC ระดับอำเภอและจังหวัด : มีผู้ป่วยเสียชีวิตยืนยันโรคพิษสุนัขบ้า

3. โรคติดต่ออันตราย 13 โรค, โรคติดต่ออุบัติใหม่ หรือโรคระบาด ตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558

- พบผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย 1 ราย (MERS, SARS, XDR-TB,..), โรคติดต่ออุบัติใหม่ หรืออริบตีกรมควบคุมโรค ประกาศเป็นพื้นที่โรคระบาด

4. มีการระบาดของโรคติดต่อที่มีความสำคัญอื่นๆ (นพ.สสจ./ผู้ตรวจฯ/ปลัด สธ. สั่งเปิด EOC) เช่น คอตีบ ใช้ขวดนก

เปิดใช้งาน Windows

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี วันที่ 18 ตุลาคม 2566



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี

เกณฑ์การเปิด EOC. กรณีภัยสุขภาพและสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2567



- ฝุ่นละออง PM2.5 (ทีมเลขานุการ : กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย)
 - เปิด EOC ระดับและอำเภอ : $PM2.5 \geq 51$ ไมโครกรัม/ ลบ.ม. ติดต่อกัน 3 วัน
 - ปิด EOC ระดับและอำเภอ : $PM2.5 < 51$ ไมโครกรัม/ ลบ.ม. ติดต่อกัน 6 วัน
- อุทกภัย (ทีมเลขานุการ : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด)

เกณฑ์พิจารณา ระดับจังหวัด	ระดับ 1 สีเขียว	ระดับ 2 สีเหลือง (ทีม SAT เผ่ากระวัง)	ระดับ 3 สีส้ม (เปิด EOC : 6 กล้องการกิจ)	ระดับ 4 สีแดง (เปิด EOC ทุกกล้องการกิจ)
1. น้ำท่วมขังในพื้นที่อยู่อาศัยของประชาชน (มากกว่า 7 วัน)	• ยังไม่พบน้ำท่วมขัง พื้นที่อยู่อาศัยของประชาชน หรือพบน้ำท่วมขังเฉพาะพื้นที่การเกษตร	• น้ำท่วมขังในพื้นที่อยู่อาศัยของประชาชน 1 อำเภอ (มีพื้นที่น้ำท่วมอย่างน้อย 1 หมู่บ้านขึ้นไป)	• น้ำท่วมขังในพื้นที่อยู่อาศัยของประชาชน 2 อำเภอ (มีพื้นที่น้ำท่วมอย่างน้อย 1 หมู่บ้านขึ้นไป)	• น้ำท่วมขังในพื้นที่อยู่อาศัยของประชาชน 3 อำเภอขึ้นไป (มีพื้นที่น้ำท่วมอย่างน้อย 1 หมู่บ้านขึ้นไป)
2. ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน	• ยังไม่พบรายงานผู้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ จากสภาวะน้ำท่วม	• มีรายงานผู้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ จากสภาวะน้ำท่วม 1 อำเภอ	• มีรายงานผู้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากสภาวะน้ำท่วม 2 อำเภอ	• มีรายงานผู้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากสภาวะน้ำท่วม 3 อำเภอขึ้นไป
3. การบริหารทรัพยากรในอำเภอ	• อำเภอมีการสำรองทรัพยากรเพียงพอตามเกณฑ์	• มีทรัพยากรเพียงพอ ในพื้นที่ได้รับผลกระทบ	• สามารถจัดสรรทรัพยากรในภาพรวมของอำเภอได้	• ต้องการรับการสนับสนุนทรัพยากรจากภายนอกอำเภอ <small>เปิดใช้งาน Windows ปิดการใช้งาน Windows</small>
4. เข้าเกณฑ์ภัยพิบัติของกองสาธารณสุขฉุกเฉิน (4 ข้อ)	• ไม่เข้าเกณฑ์	• เข้าเกณฑ์ 1 ข้อ	• เข้าเกณฑ์ 2 ข้อ <small>(เปิด IC, SAT, Risk com., Liaison, Operations, Logistic)</small>	• เข้าเกณฑ์ 3 ข้อขึ้นไป <small>(เปิดทุกกล้องการกิจ)</small>

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี วันที่ 18 ตุลาคม 2566

ประเด็นนโยบาย : โครงการราชทัณฑ์ปันสุขในโครงการพระราชดำริ

สถานการณ์ปัจจุบัน

- ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ต้องขัง ในเรือนจำทั้งหมด 5,160 ราย และมีการแจ้งความจำนงรับการรักษา จำนวน 1,580 ราย (30.62%) โดยมีผู้ต้องขังได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากผู้ต้องขัง จำนวน 840 ราย (53.16%) โดยได้รับการถอนฟัน 659 ราย (78.45%) อดฟัน 71 ราย (8.45%) ขูดหินปูน 47 ราย (5.6%) ส่งต่อและอื่น ๆ 53 ราย (6.31%) แต่ยังมีผู้ต้องขังที่ยังไม่ได้รับการบริการจำนวน 740 ราย (46.84%)

มาตรการสำคัญ

- ประสานแผนการดำเนินงานกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (กลุ่มงานเวชกรรมสังคม) ในการจัดหน่วยบริการทันตกรรมในเรือนจำ
- พัฒนาทักษะศักยภาพของทันตบุคลากรในการตรวจคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปากด้วย Intra-oral camera
- พัฒนาทักษะศักยภาพของพยาบาลเรือนจำ และอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ (อ.สร.จ.) ในการตรวจสุขภาพช่องปาก และคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปากเบื้องต้นด้วย Intra-oral camera
- ทีมทันตบุคลากรออกหน่วยบริการทันตกรรมตามสภาพปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังที่เรือนจำทุกวันอังคารของสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน

เป้าหมาย :

- ผู้ต้องขังได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปากเบื้องต้น
- ผู้ต้องขังที่มีปัญหาด้านทันตกรรม ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากตามสภาวะจำเป็นของแต่ละบุคคล

ผู้รับผิดชอบ :

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ตัวชี้วัด Quick Win

Quick win	ระดับการขับเคลื่อน
3 เดือน	- ผู้ต้องขังได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปาก อย่างน้อยร้อยละ 80
6 เดือน	- ผู้ต้องขังได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปาก ร้อยละ 100 - ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างน้อยร้อยละ 20
10 เดือน	- ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างน้อยร้อยละ 50

ตัวชี้วัด

- ผู้ต้องขัง ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปากเบื้องต้น ร้อยละ 100
- ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากตามสภาวะจำเป็น อย่างน้อยร้อยละ 50



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

NODE Zone 1 รพ. ๕๐พรรษา A+3ปี

เพิ่ม ICU med /เพิ่ม ventilator /HD /Fast Track
 จิตเวชเพิ่ม OR/ LR/Sick Newborn,67
 RCU /CRRT/ICU คัลย์ /Tele Mental Health/NICU
 /ผ่าตัด Eye ENT Ortho/LR รับ Refer Zone 1,68

- ❖ มี CT ให้บริการ 287 เตียง (ห้องพิเศษ 32 เตียง)
- ❖ ICU จำนวน 18 เตียง

Sub NODE Zone 1 รพ.เขื่องใน A 3 ปี มี CT
 IMC Ward 67, / ER/LR คุณภาพ, Geriatric, stroke corner 68/ เพิ่ม HD 10 เตียง /ICU MED 69

Sub NODE Zone 1 รพ.ม่วงา A 3ปี
 รพ.ทันตกรรม/ มีนัธยรักษ์ /IMC Ward ANC,LR
 คุณภาพ/rtPA ใช้CT outsource,67 Semi ICU ,68

NODE Zone 2 รพ.ตระการพิชผล A 3 ปี

Stroke unit /มีนัธยรักษ์/NICU ,67
 เพิ่มICU /เพิ่ม Semi ICU /เพิ่มNICU/LR
 คุณภาพพร้อมห้องผ่าตัดสูติ/ ER คุณภาพ ,68

- ❖ มี CT
- ❖ มี 204 เตียง ICU 8 เตียง
- ❖ Gen Med,2Gen Surg, 1 (ต.บ.)

Sub NODE Zone 2 รพ.เขมรรัฐ S+ 3 ปี
 Acute Care,67 /Semi ICU68/ANC,LR
 คุณภาพ,69



Sub NODE Zone 4 รพ.น้ำขุ่น S+ 3 ปี อายุรกรรม(อายุรแพทย์สัณจร)/IMC/Post op care /Stroke Corner/ER/LR คุณภาพ.67/ Semi ICU.68

NODE Zone 3 รพ.วารินา A+5ปี

Stroke unit/ NICU,67 Surg.,Chemo CA,66

- ❖ มี CT ให้บริการ 271 เตียง
- ❖ ICU 10 เตียง
- ❖ Gen Med.6 Subboard 2

Sub NODE Zone 3 รพ.พิบูลา A 3ปี มี CT Stroke corner /ICU/Semi ICU/ เคมีบำบัด/Telemedicine/,rtPA/ANC/LR
 คุณภาพ/NICU ,67/Stroke Unit/Sick newborn/เพิ่ม NICU /
 เพิ่ม Telemedicine 12 แห่ง,68

- ❖ มี CT มี 359 เตียง
- ❖ ICU 6 , Stroke unit 8
- ❖ Gen med 3 Subboard 3

NODE Zone 4 รพ.เดชอุดม A +3ปี

SSCC รับประเมิน 2 ตา/Echo heart/IMC Ward/Telemental/
 เพิ่มNICU /Spinal surgery (เพิ่ม Minor bord : Spine)
 /ENT/ HD /OPDจิตเวชและสารเสพติด/ENT (Newborn
 Hearing screening OAE Clinic)/Trauma ระดับ 3,67
 เพิ่มStroke Unit /ICU 67 -70 (ขยายเตียงICUเพิ่ม ปีละ4เตียง
 /ทำHD bedside ในเคสวิกฤต/Ward จิตเวช,68
 เวชศาสตร์ฟื้นฟู.70

Sub NODE Zone 4 รพ.บุญศรี S+ 3 ปี colonoscopy/ธนาคาร
 เลือด/ขยายHemodialysis /Semi ICU/Palliative care,67 /Semi
 ICU /Stroke corner/Smart OPD /Smart ER,68 /Mini รัษฎา
 รัษฎา/IMC Ward ,69

Sub NODE Zone 5 รพ.สิรินธร S+ 5 ปี
 IMC/Post op care /มีนัธยรักษ์67/ANC
 ,LR คุณภาพ,68

ร่วมใจภาคีเครือข่าย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

12. สถานชิวาภิบาล

PM : นพ.สาโรช สมชอบ

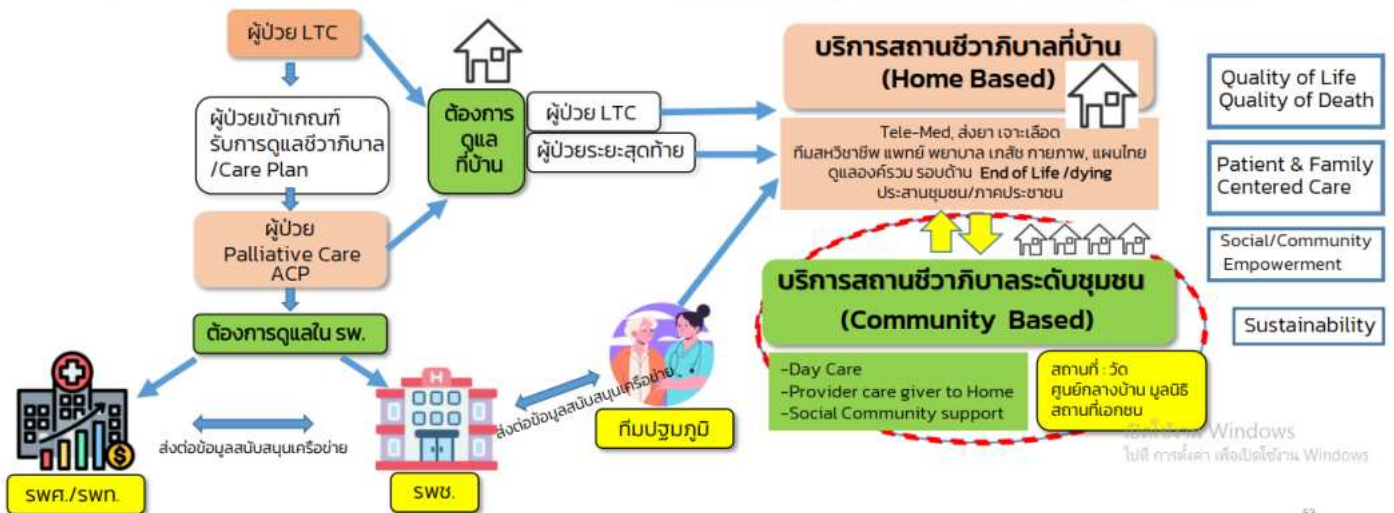
ผู้รับผิดชอบ : ก.พัฒนรูป, ก.NCD, ก.ส่งเสริมสุขภาพ

นิยาม

เป็นสถานที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยระยะท้าย ที่รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตโดยเน้นการทำงานแบบองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (กาย,จิต,ใจารมณ์,สังคมและจิตวิญญาณ) ในรูปแบบ คลินิกผู้สูงอายุ ,Hospital at Home ,Home ward

บริการในเครือข่ายสถานชิวาภิบาล

- LTC : ทรมอนันย์
- Palliative care
- ปฐภูมิ
- อปท.





สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี

มุ่งหมายสุขภาพประชาชน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

20. สุขภาวะผู้สูงอายุ

มอบแว่นตาผู้สูงอายุ

PM : นายประทีป บุญธรรม
ผู้รับผิดชอบ : ก.สงเสริมสุขภาพ

สถานการณ์

- ปี2566 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย ปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย
- จัดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ มอบแว่นตา
- คัดกรองการมองเห็นและพบว่ามีปัญหาการมองเห็นที่มีความเสี่ยง เป้าหมาย จำนวน 14,082 คน
- ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตาได้รับการแก้ไขปัญหาด้วยการตัดแว่นประกอบสายตา จำนวน 12,011 ชิ้น (85.29%)

1 มาตรการ

- 1) ประชุมถ่ายทอดนโยบายระดับอำเภอ ตำบล สนับสนุนให้แต่ละพื้นที่จัดทำโครงการ **ขอรับงบประมาณจากกองทุนสุขภาพในระดับท้องถิ่น**
- 2) ตรวจสอบคัดกรองด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตา ได้รับการแก้ไขปัญหาด้วยการตัดแว่นประกอบสายตา สำหรับผู้สูงอายุที่มีสายตาสั้น หรือสายตายาว

3 Quick Win

ไตรมาส 1 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)

- จัดทำโครงการขอรับงบประมาณจากกองทุนสุขภาพในระดับท้องถิ่น
- สำรวจจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาด้านสายตา

ไตรมาส 2 (ม.ค.67 - มี.ค.67)

- ตัดแว่น ประกอบสายตา ผู้ที่มีปัญหาสายตาสั้น หรือสายตายาว มอบแว่นสายตา
- จัดทำแผนการจัดกิจกรรม

ไตรมาส 3 (เม.ย.67 - มิ.ย.67)

- มีการจัดกิจกรรม
- กำกับติดตามและประเมินผลลัพธ์

ไตรมาส 4 (ก.ค.67 - ก.ย.67)

- ความครอบคลุมการคัดกรองตรวจสอบสุขภาพ (80%)
- ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตาได้รับการแก้ไขปัญหาด้วยการตัดแว่นประกอบสายตา (ไม่น้อยกว่า 80%)

2 เป้าหมาย

จำนวน 25 อำเภอ มอบแว่นตาให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตา จำนวน 30,156 ชิ้น

4 ตัวชี้วัด

- ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองปัญหาด้านสายตา (ไม่น้อยกว่า 80%)
- ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตาได้รับการแก้ไขปัญหาด้วยการตัดแว่นประกอบสายตา (ไม่น้อยกว่า80%)

ประเด็นนโยบาย : ฟันเทียม รากฟันเทียม

สถานการณ์ปัจจุบัน

การดำเนินงานโครงการฟันเทียม รากฟันเทียม เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสสมหมายมงคล เฉลิมพระชนมพรรษา 72 พรรษา 28 กรกฎาคม 2567 เป็นโครงการต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2566 และ 2567

- การดำเนินงานโครงการฯ ปีงบประมาณ 2566 มีผู้ได้รับการใส่ฟันเทียม 1,218 ราย คิดเป็นร้อยละ 106.01 ของเป้าหมายฟันเทียม และมีผู้ได้รับการฝังรากเทียม 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.33 ของเป้าหมายรากฟันเทียม
- เป้าหมายการดำเนินโครงการปี 2567 จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย เป้าหมายฟันเทียม 1,125 ราย เป้าหมายรากฟันเทียม 100 ราย*

*ปีารากฟันเทียม คงเหลือปี 2566 จำนวน 21 ราย ปีารากฟันเทียม ปี 2567 จำนวน 79 ราย

มาตรการสำคัญ

- การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการฟันเทียม และรากฟันเทียม ครอบคลุมทั้ง 25 อำเภอ
- การจัดบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก
- การจัดบริการฝังรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมในกรณีที่ทำเป็น
- การพัฒนาทักษะทันตบุคลากรในการจัดบริการฟันเทียม รากฟันเทียม
- การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การติดตามกำกับและประเมินผล

เป้าหมาย :

1. ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปากหรือเกือบทั้งปากได้รับการบริการฟันเทียมและรากฟันเทียมตามความจำเป็น ครอบคลุมทั้ง 25 อำเภอ
2. มีระบบการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการฟันเทียมและรากฟันเทียมไปยังหน่วยบริการฟันเทียมรากฟันเทียม เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการทันตกรรม

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด Quick Win

เป้าหมาย	Quick win	ระดับการขับเคลื่อน
25 อำเภอ	3 เดือน	มีผู้ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก และรากเทียม ร้อยละ 10 ของเป้าหมาย
25 อำเภอ	6 เดือน	มีผู้ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก และรากเทียม ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย
25 อำเภอ	10 เดือน	มีผู้ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก และรากเทียม ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย

ตัวชี้วัด

- มีการจัดบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ตามเป้าหมาย ร้อยละ 100
- มีการจัดบริการฝังรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมในกรณีที่ทำเป็นตามเป้าหมาย ร้อยละ 100



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี



เป้าหมาย* : ฟันเทียม รากฟันเทียม จังหวัดอุบลราชธานี 2567



เป้าหมายฟันเทียม

1,125 ราย

เป้าหมายรากฟันเทียม

100 ราย**



**เป้าหมายรากฟันเทียม คอเหลือ 0 2566 21 ราย เป้าหมายฟันเทียม 0 2567 79 ราย

หน่วยบริการรากฟันเทียม	เป้าหมายผู้ได้รับการฝังรากเทียม
sw.สสพลกิธิประสงค์ sw.มะเร็งอุบลราชธานี	60
sw. 50 พรรษามหาวิธาสงคราม	10
sw.วารินชำราบ	10
sw. สมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช	8
sw.ม่วงสามสิบ	8
sw.เมืองใน	4

การกระจายเป้าหมายระดับอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย (ราย)	เป้าหมายที่ตรงต่อผู้ป่วย รากฟันเทียม (ราย)
1	sw.สสพลกิธิประสงค์	65	8
2	sw.50 พรรษา ฯ	90	8
3	ม่วงสามสิบ	60	7
4	เมืองใน	85	6
5	ดอนมดแดง	17	2
6	ตาลชุม	18	2
7	เหล่าเสือโก้ก	18	2
8	ตระการพิพิธ	80	5
9	เขมราฐ	50	3
10	นาตาล	22	2
11	โพธิ์ไทร	25	2
12	กุดข้าวปุ้น	25	2
13	ศรีเมืองใหม่	41	2
14	วารินชำราบ	95	8
15	พิบูลมังสาหาร	80	6
16	โขงเจียม	20	3
17	สิรินธร	25	3
18	สำโรง	35	2
19	สว่างวีระวงศ์	18	2
20	นาเยีย	15	3
21	เดชอุดม	100	10
22	ทุ่งศรีอุดม	16	2
23	น้ำยืน	32	2
24	น้ำขุ่น	16	2
25	นางาฮ่อม	29	4
26	บุณฑริก	48	2
รวมเป้าหมายจังหวัดอุบลราชธานี		1,125	100

*เป้าหมาย จากการประชุมระหว่างสำนักทันตสาธารณสุขส่วนต้นต้นต้นคณะกรรมาธิการ service plan เขตสุขภาพ (6 ก.ย. 2566) มีการกำหนดค่าเป้าหมายรายเขตสุขภาพและจัดสรรรายจังหวัด



มุ่งหมายสุขภาพประชาชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

21. พัฒนาการเด็ก ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก



PM : นายประทีป บุณยธรรม

ผู้รับผิดชอบ : ก.สงเสริมสุขภาพ, ก.NCD

สถานการณ์ ปี 2566 เด็กที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก 87.15% (เกณฑ์ 80%)

1 มาตรการ

- คัดกรองภาวะโลหิตจาง เด็กอายุ 6-12 เดือน จำนวน 1 ครั้ง , เด็กอายุ 2-5 ปี จำนวน 1 ครั้ง (รักษาในรายที่ผิดปกติ)
- ให้น้ำยาเสริมธาตุเหล็ก-เด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ได้รับธาตุเหล็ก 12.5 มิลลิกรัม/สัปดาห์ เด็กอายุ 2 - 5 ปีได้รับธาตุเหล็ก 25 มิลลิกรัม/สัปดาห์

2 เป้าหมาย

- เด็กอายุ 6 - 12 เดือนทุกคนได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง 1 ครั้ง
- เด็กอายุ 2-5 ปี ทุกคนได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง 1 ครั้ง
- เด็ก อายุ 6 เดือน -5 ปีทุกคนได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก สัปดาห์ละครั้งตามเกณฑ์อายุ

3 Quick Win

ไตรมาส 1 (ต.ค.66 - ธ.ค.66) สำรองจำนวนเด็ก 0-5 ปี คัดกรองภาวะโลหิตจาง ให้น้ำยาเสริมธาตุเหล็ก

ไตรมาส 2 (ม.ค.67 - มี.ค.67) คัดกรองภาวะโลหิตจาง ให้น้ำยาเสริมธาตุเหล็ก

ไตรมาส 3 (เม.ย.67 - มิ.ย.67) คัดกรองภาวะโลหิตจาง ให้น้ำยาเสริมธาตุเหล็ก

ไตรมาส 4 (ก.ค.67 - ก.ย.67) คัดกรองภาวะโลหิตจาง ให้น้ำยาเสริมธาตุเหล็ก

4 ตัวชี้วัด

- เด็กอายุ 6-12 เดือนได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง (90%)
- เด็กอายุ 2-5 ปีได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง (90%)
- เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะโลหิตจางได้รับการติดตามรักษา (95%)
- เด็กอายุ 6 เดือน -5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กตามเกณฑ์อายุ (95%)
- เด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ (ซึ่ง นน.วัดส่วนสูง ทุก 3 เดือน (90%)



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



มุ่งหมายสุภาพะประชาชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

21. พัฒนาการเด็ก นม 90 วัน 90 กล้อง



PM : นายประทีป บุญธรรม

ผู้รับผิดชอบ : ก.สงเสริมสุขภาพ

สถานการณ์

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์หรือทุนมนุษย์ ตั้งแต่การปฏิสนธิ การตั้งครรภ์จนถึงการคลอด และเติบโตต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพจนอายุ 2 ปีบริบูรณ์ ควรได้รับนมเพื่อพัฒนาด้านร่างกาย สติปัญญา

1 มาตรการ

1. ร่วมดำเนินงานกับท้องถิ่นในระดับอำเภอและตำบล ผ่านกระบวนการ พชอ. และต้องมีการดำเนินงานโครงการ นม 90 วัน 90 กล้อง
2. จัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์และผู้รับผิดชอบงานอนามัย แม่ตั้งแต่ อสม.+ sw.สต.+swช.+สสอ.+ท้องถิ่น ต้องมีข้อมูล หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับนมในฐานข้อมูลตรงกัน
3. กำกับติดตามการกินนมโดย อสม. มีทะเบียนรายชื่อ หญิงตั้งครรภ์ในหมู่บ้าน และกินนมต่อหน้า อสม.
4. ผู้นำตำบลและอำเภอ จัดงานหรือกิจกรรมในท้องถิ่น ต้องมีนโยบายนม 90 วัน 90 กล้อง เพื่อหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน (งานบุญ งานบวช ถนนสายวัฒนธรรม หมู่บ้านคีฬา)



2 เป้าหมาย

ทุกตำบลใน 25 อำเภอ ต้องดำเนินงานโครงการ นม 90 วัน 90 กล้อง

3 Quick Win

ไตรมาส 1 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)

- มีรายชื่อหญิงตั้งครรภ์เพื่อกำหนดเป้าหมาย การดื่มนม 90 วัน 90 กล้อง
- ของบกองทุนสุขภาพตำบล ทำโครงการ นม 90 วัน 90 กล้อง

ไตรมาส 2 (ม.ค.67 - มี.ค.67)

ไตรมาส 3 (เม.ย.67 - มิ.ย.67)

ไตรมาส 4 (ก.ค.67 - ก.ย.67)

มีการเฝ้าระวังอาการผิดปกติในหญิงตั้งครรภ์ ที่น้ำหนักตัวน้อยให้ส่งพบแพทย์ทันที

เปิดใช้งาน Windows ในปี การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows

4 ตัวชี้วัด

1. ทุกตำบลใน 25 อำเภอ ของจังหวัดอุบลฯ มีการดำเนินงานโครงการ นม 90 วัน 90 กล้อง (100%)
2. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนในหมู่บ้านต้องได้รับนม 90 กล้อง (100%)

60



มุ่งหมายสุภาพะประชาชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

21. พัฒนาการเด็ก มหัศจรรย์ 2,500 วัน



PM : นายประทีป บุญธรรม

ผู้รับผิดชอบ : ก.สงเสริมสุขภาพ

สถานการณ์

-อุบลราชธานีร่วมมือ 6 กระทรวงหลัก ในการพัฒนาเด็กแรกคลอดจนถึง 2,500 วัน เพื่อสร้างทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ -ตำบลนำร่อง อำเภอละ 3 ตำบล (รวม 75 ตำบล) ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันสู่ 2,500 วัน ผู้ว่าราชการฯ เป็นประธานคณะทำงาน

1 มาตรการ

1. ถ่ายทอดนโยบายตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันสู่ 2,500 วัน ให้พื้นที่รับทราบ
2. ประสานงานให้แต่ละอำเภอส่งรายชื่อตำบลที่เข้าร่วม
3. ให้แต่ละอำเภอมิคณะกรรมการขับเคลื่อนงาน ทุกอำเภอ
4. คณะกรรมการขับเคลื่อนงานระดับจังหวัดออก ประเมินตำบล 2,500 วัน ในพื้นที่ตำบลที่เข้าร่วม การดำเนินงาน



3 Quick Win

ไตรมาส 1 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)

- ชี้แจงการดำเนินการ -กำหนดเป้าหมาย
- แต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอ

ไตรมาส 2 (ม.ค.67 - มี.ค.67)

- ส่งแบบประเมินตนเองตำบลเก่า
- ส่งรายชื่อตำบลเข้าร่วมใหม่

ไตรมาส 3 (เม.ย.67 - มิ.ย.67)

- ประเมินตำบลเดิม -ปรับปรุงให้ผ่านตามเกณฑ์
- ส่งแบบประเมินตนเองตำบลใหม่

ไตรมาส 4 (ก.ค.67 - ก.ย.67)

- ประเมินตำบลใหม่ -สรุปผล
- ประกาศเป็นตำบลมหัศจรรย์ 2,500 วัน

2 เป้าหมาย

1. ตำบลเดิมที่เข้าร่วม 75 ตำบล ในปี 2566 ผ่านการรับรอง ทั้ง 4 องค์ประกอบ
2. ทุกอำเภอส่งรายชื่อตำบลที่จะเข้าร่วมเพิ่มอำเภอละ 3 ตำบล ในปี 2567 รวมทั้งหมด (150 ตำบล)

4 ตัวชี้วัด

ผ่านเกณฑ์ตำบลมหัศจรรย์ 2,500 วัน ทุกองค์ประกอบ อย่างน้อย 3 ตำบลใน 1 อำเภอ

เปิดใช้งาน Windows ในปี การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows

61



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี



ประเด็นนโยบาย : การตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*)

สถานการณ์ปัจจุบัน

- การตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 180,984 ราย ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 8,295 ราย (ร้อยละ 4.58) สูงกว่าค่าเป้าหมายของประเทศ 3.58 เท่า
- พบอัตราการติดเชื้อซ้ำ ร้อยละ 4.97
- จังหวัดอุบลราชธานี มีระบบบ่อน้ำบาดลิ่งปฏิภูล (แบบทรายกรอง) จำนวน 12 บ่อ กระจายในพื้นที่ 10 อำเภอ (ร้อยละ 40)

มาตรการสำคัญ

1. จัดระบบการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ (Prevalence rate) ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งให้ยารักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. ตรวจอัตราการติดเชื้อซ้ำ (Reinfection rate) โรคพยาธิใบไม้ตับ
3. สนับสนุนให้มีการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในเด็กนักเรียนเยาวชน ผู้ปกครอง ผู้ประกอบการร้านอาหารอีสาน และประชาชนทั่วไป

เป้าหมาย :

25 อำเภอ

1. มีระบบการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ
2. มี Model การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอละ 1 Model เป็นอย่างน้อย

ตัวชี้วัด Quick Win

เป้าหมาย	Quick Win	ระดับการขับเคลื่อน
25 อำเภอ	3 เดือน	1.ตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 10 ของกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด 2.ระบุกลุ่มเป้าหมาย และโปรแกรม/Intervention ในกระบวนการทำ HL
25 อำเภอ	6 เดือน	1.ตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 60 ของกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด 2.ดำเนินกระบวนการ HL ตามโปรแกรมที่กำหนด
25 อำเภอ	9 เดือน	1.ตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 100 ของกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด 2.รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามกระบวนการ HL

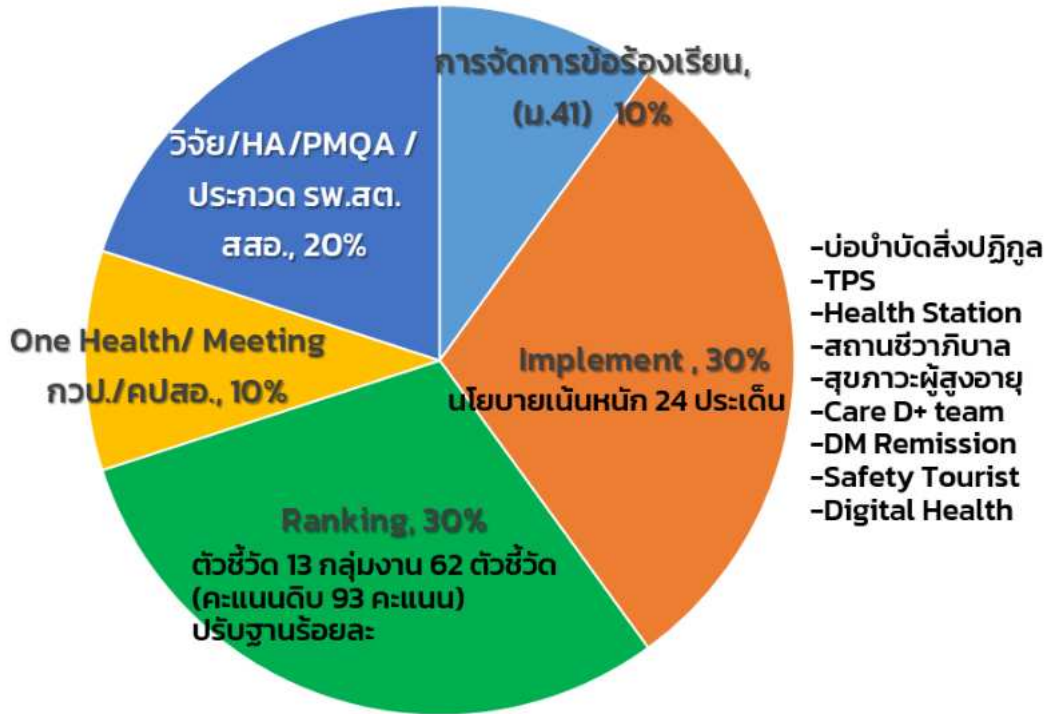
ตัวชี้วัด

- 1.ตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับตามเป้าหมาย ร้อยละ 100
- 2.มี Model การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อย่างน้อย 1 โมเดล

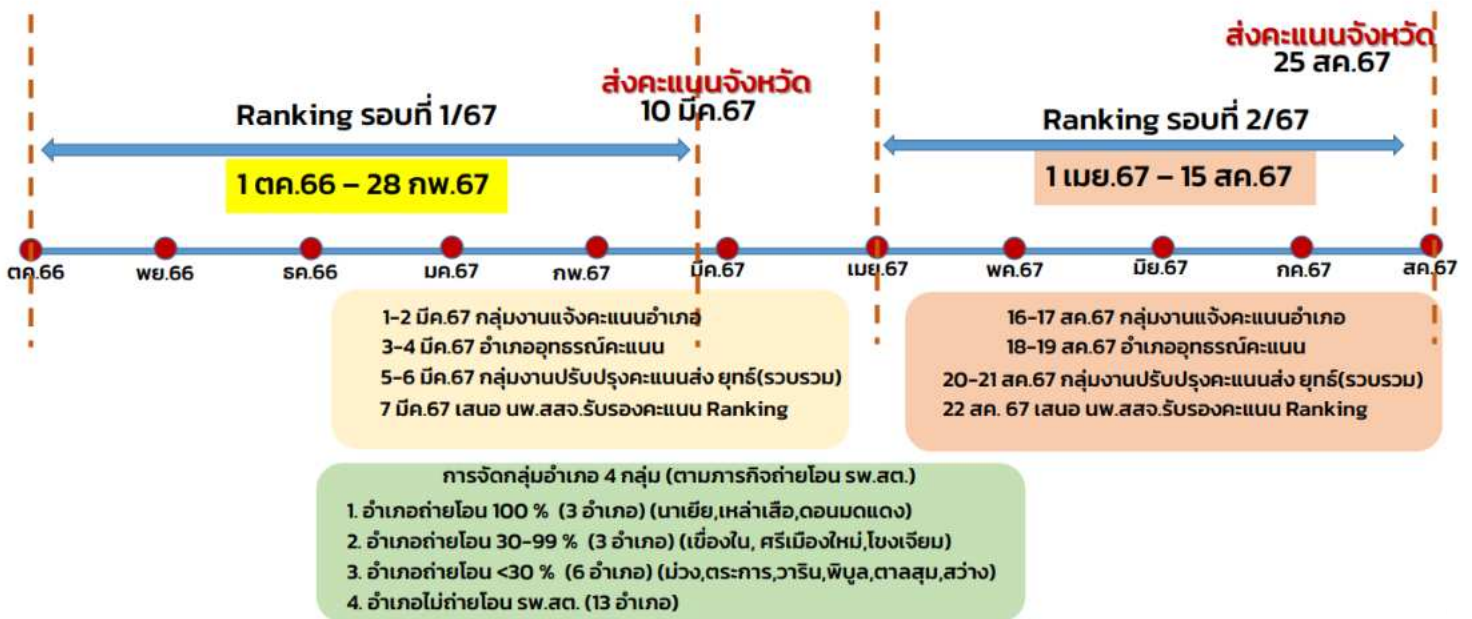


สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

การประเมินผลงาน ปีงบประมาณ 2567 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



Time Line การประเมินผลงาน Ranking ปี 2567





บัญชีตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2567



ตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2567 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

KPI Ranking		ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วงน้ำหนัก	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
หลัก	ย่อย				
R 1		การป้องกันการตายมารดาไทยของหน่วยบริการ			กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	R 1.1	ระดับความสำเร็จของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
R 2		เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย			กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	R 2.1	ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง	มากกว่าหรือเท่ากับ 90 %	0.3	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	R 2.2	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	มากกว่าหรือเท่ากับ 66 %	0.3	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	R 2.3	ร้อยละเด็กอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กโดยการตรวจ Hct	100 %	0.3	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	R 2.4	ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	95 %	0.3	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	R 2.5	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	85 %	0.4	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	R 2.6	ระดับความสำเร็จ รพ.สต./PCU มีการบันทึกข้อมูล เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลังได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น (DSPM ครั้งที่ 2) ด้วยรหัสแยกรายด้าน เพื่อส่งต่อเข้าระบบ TEDA4I	ความสำเร็จระดับ 5	0.4	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
R 3		ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
R 4		ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนโครงการ โรงเรียนต้นแบบ บูรณาการความร่วมมือ ครู หมอ พ่อแม่ /โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มาตรฐานสากล	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
R 5		ระดับการขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์และคลินิก ให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
R 6		ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	มากกว่าหรือเท่ากับ 96.75 %	2	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
R 7		ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
R 8		การคัดกรองภาวะเสี่ยงผู้สูงอายุ และการได้การดูแลรักษา อย่างเป็นร้อยต่อ			กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	R 8.1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	มากกว่าหรือเท่ากับ 50 %	1	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	R 8.2	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	มากกว่าหรือเท่ากับ 60 %	1	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
R 9		การดำเนินงานกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้า ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I)	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
R 10		ระดับความสำเร็จในการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
R 11		ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยออริสติก ในเด็ก 2-5 ปี	มากกว่าหรือเท่ากับ 52 %	1	กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
R 12		ผลสำเร็จของการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุ ต่ำกว่า 15 ปี	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด



KPI Ranking		ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วงน้ำหนัก	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
หลัก	ย่อย				
R 13		ประสิทธิภาพการดำเนินงาน EOC			กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
	R 13.1	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
	R 13.2	ร้อยละหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ควบคุมโรคการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation)	เกิดการระบาดซ้ำ (2 Generation) น้อยกว่า 10 %	1	กลุ่มงานควบคุมโรค
R 14		การดำเนินงานควบคุมโรค OVCCA			กลุ่มงานควบคุมโรค
	R 14.1	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ	100 %	1	กลุ่มงานควบคุมโรค
	R 14.2	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	100 %	1	กลุ่มงานควบคุมโรค
	R 14.3	ระดับความสำเร็จของอำเภอเมืองศรีนครพนมที่รองรับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในการบริหารจัดการสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อม ฯ
R 15		ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเด็กอายุครบ 1 ปี			กลุ่มงานควบคุมโรค
	R 15.1	วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด (IPV)	ไม่น้อยกว่า 90 %	0.6	กลุ่มงานควบคุมโรค
	R 15.2	วัคซีนโปลิโอชนิดหยอด(OPV3)	ไม่น้อยกว่า 90 %	0.6	กลุ่มงานควบคุมโรค
	R 15.3	วัคซีนหัด,คางทูม,หัดเยอรมัน (MMR1)	ไม่น้อยกว่า 95 %	0.8	กลุ่มงานควบคุมโรค
R 16		คุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (รง.506) (ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558)	ไม่น้อยกว่า 95 %	1	กลุ่มงานควบคุมโรค
R 17		ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	40 %	2	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อม ฯ
R 18		ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคแบบบูรณาการภายใต้กลไกภาคีเครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร.	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข
R 19		ระดับความสำเร็จของการพัฒนากลไกการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข
R 20		ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข
R 21		ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน นโยบายเมืองสุขภาพดี Healthy City	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อม ฯ
R 22		การพัฒนาสถานบริการสุขภาพตามมาตรฐาน EMS (Environment Modernized Smart Service)			กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อม ฯ
	R 22.1	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	60 %	1	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อม ฯ
	R 22.2	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	50 %	1	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อม ฯ
R 23		ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
R 24		ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Health Station	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
R 25		ระดับความสำเร็จของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ



KPI Ranking		ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วงน้ำหนัก	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
หลัก	ย่อย				
R 26		ระดับความสำเร็จในการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเวลาที่กำหนด	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
R 27		ระดับความสำเร็จของผู้ป่วย Intermediate Care ได้รับบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
R 28		ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
R 29		ความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (DM Remission)	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
R 30		ความสำเร็จการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี ด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
R 31		ระดับความสำเร็จการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี (เริ่มสะสม ปีงบประมาณ 63-67)	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
R 32		ระดับความสำเร็จการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย FIT Test ในประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 50-70 ปี	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
R 33		ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
R 34		ความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract)	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
R 35		ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
R 36		ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission)	มากกว่าหรือเท่ากับ 55 %	1	กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
R 37		ความสำเร็จการบำบัดรักษาและติดตามเยี่ยมผู้ติดยาเสพติด	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
R 38		ผลสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ในระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
R 39		การดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
R 40		ระดับความสำเร็จของการจัดการเรื่อง Care D+ Team	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
R 41		ระดับความสำเร็จการควบคุมป้องกันรักษาโรควิโรค			กลุ่มงานควบคุมโรค
	R 41.1	อัตราความสำเร็จการรักษผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	มากกว่าหรือเท่ากับ 90 %	0.3	กลุ่มงานควบคุมโรค
	R 41.2	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	มากกว่าหรือเท่ากับ 90 %	0.3	กลุ่มงานควบคุมโรค
	R 41.3	อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	น้อยกว่า 1 %	0.2	กลุ่มงานควบคุมโรค
	R 41.4	อัตราการตายผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	น้อยกว่า 5 %	0.3	กลุ่มงานควบคุมโรค
	R 41.5	อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก	มากกว่าหรือเท่ากับ 90 %	0.3	กลุ่มงานควบคุมโรค
	R 41.6	ร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ	มากกว่าหรือเท่ากับ 90 %	0.3	กลุ่มงานควบคุมโรค
	R 41.7	ร้อยละการ admitted ของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน	100 %	0.3	กลุ่มงานควบคุมโรค



KPI Ranking		ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วงน้ำหนัก	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
หลัก	ย่อย				
R 42		ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	95 %	1	กลุ่มงานควบคุมโรค
R 43		ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
R 44		ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการทางทันตสาธารณสุข	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
R 45		(ระดับความสำเร็จ) ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ความสำเร็จระดับ 5 (40 %)	1	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย ฯ
R 46		(ระดับความสำเร็จ) ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น	ความสำเร็จระดับ 5 (เพิ่มขึ้น 4 %)	1	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย ฯ
R 47		การพัฒนางาน RDU โรงพยาบาลและชุมชน			กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
	R 47.1	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ ประหยัด สมเหตุสมผลและโปร่งใส	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
	R 47.2	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community)	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
R 48		การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน			กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
	R 48.1	ความสำเร็จการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ความสำเร็จระดับ 5	0.5	กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
	R 48.2	ระดับความสำเร็จของการพัฒนา เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลทุกระดับ (ทั้งที่ ER และ Admit)	ความสำเร็จระดับ 5	0.5	กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตยาเสพติด
R 49		ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
R 50		บุคลากร (หน่วยบริหาร/บริการ) ได้รับการพัฒนาศักยภาพสอดคล้องกับนโยบายและทิศทางขององค์กร	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
R 51		ระดับความสำเร็จการดำเนินงานหน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูงกระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
R 52		ระดับความสำเร็จการประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2567	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงานบริหาร
R 53		ระดับความสำเร็จหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ปีงบประมาณ 2567	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มกฎหมาย
R 54		ระดับความสำเร็จการดำเนินงานตามนโยบาย One Health เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ปี2567	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงานยุทธศาสตร์
R 55		ระดับความสำเร็จการดำเนินงานบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงานยุทธศาสตร์
R 56		ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน HAIT ของโรงพยาบาล ปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงานยุทธศาสตร์
R 57		ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน โรงพยาบาลอัจฉริยะ	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงานยุทธศาสตร์
R 58		ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพบัญชี (AC) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2567	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงานบริหาร



KPI Ranking		ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วงน้ำหนัก	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
หลัก	ย่อย				
R 59		ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 4-7	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
R 60		ระดับความสำเร็จของอำเภอมีการบริหารจัดการด้านแผนอย่างมีประสิทธิภาพ ปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5	1	กลุ่มงานยุทธศาสตร์
R 61		ร้อยละการบริหารจัดการงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2567	100 %	1	กลุ่มงานยุทธศาสตร์
R 62		ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด หน่วยงานระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	2	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล



รายละเอียดตัวชี้วัด Ranking

(Template Ranking)

ปีงบประมาณ 2567



ยุทธศาสตร์ที่ 1

PP&P Excellence Strategy

(ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)



ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence								
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย								
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย								
ตัวชี้วัดที่ R 1	การป้องกันการตายมารดาไทยของหน่วยบริการ								
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 1.1	ระดับความสำเร็จของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ								
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน								
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55)								
คำนิยาม	<p>หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขนั้น ๆ</p> <p>การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์และคู่ได้รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้งที่มารับบริการฝากครรภ์อย่างครบถ้วน 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 2567</th> <th>ปีงบประมาณ 2568</th> <th>ปีงบประมาณ 2569</th> <th>ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65</td> <td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570						
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70						
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เฝ้าระวังสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ ป้องกันการตายมารดาและทารกอย่างมีประสิทธิภาพ 2. ยกระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาลทุกระดับให้เป็นไปตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัดและเทียบเท่ามาตรฐานระดับสากล 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงคลอดทุกรายในเขตรับผิดชอบ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข								
แหล่งข้อมูล	สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม								



รายการข้อมูล 1	A= จำนวนหญิงคลอดตาม B ที่ฝากครรภ์และ/หรือได้รับกิจกรรมบริการครบตามสิทธิประโยชน์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกลงในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม)
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบ สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอดทั้งหมด LABOR (BTYPE ไม่เท่ากับ 6) (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) **หญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบ หมายถึง หญิงไทยคลอดในเขตรับผิดชอบ และหญิงไทยคลอดที่มารับบริการ ประกอบด้วย 1) หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 2) หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการคลอด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หญิงตั้งครรภ์และคู่ที่ได้รับการบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้งเมื่อมารับบริการฝากครรภ์อย่างครบถ้วนตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 โดยต้องได้รับกิจกรรมบริการที่สำคัญอย่างน้อย 1 ครั้ง ตามเงื่อนไขการประเมิน ดังนี้
กิจกรรมบริการที่สำคัญ	วิธีการประเมินผล
1;ฝากครรภ์ก่อนหรือ 12 สัปดาห์	หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เมื่ออายุก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
2.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงครบทุกรายการ ดังนี้	อ้างอิงจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ดังนี้
2.1 CBC for Hct/Hb	แฟ้ม PRENATAL: DATE_HCT หรือ แฟ้ม LABFU: CBC (0620201,0620401) หรือ Hct (0621201) หรือ Hb (0621401, 0621402)
2.2 คัดกรองธาลัสซีเมีย ด้วยวิธี MCV และ/หรือ DCIP หรือ Hb typing	แฟ้ม PRENATAL: THALASSEMIA ที่มีผล 1,2,4
2.3 Anti-HIV	แฟ้ม PRENATAL: HIV_RESULT ที่มีผล 1,2,4, หรือ แฟ้ม LABFU: 0743299
2.4 ไวรัสตับอักเสบบี	แฟ้ม PRENATAL: HB_RESULT ที่มีผล 1,2,4, หรือ แฟ้ม LABFU: 0746299
2.5 คัดกรองโรคซิฟิลิส ด้วยวิธี VDRL หรือ TPHA	แฟ้ม PRENATAL: VDRL_RESULT ที่มีผล 1,2,4, หรือ แฟ้ม LABFU: VDRL (0721297) หรือ RPR (0721298) หรือ TPHA (0721299)
3.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน	แฟ้ม PROCEDURE_OPD: สุขภาพช่องปาก 2330011 หรือ 2330013 กรณีขัดทำความสะอาดฟัน 2387010, 2277310, 2287320 รหัสใดรหัสหนึ่ง หรือหลายรหัสก็ได้
4.อัลตราซาวด์ผ่านหน้าท้องหรือช่องคลอด	แฟ้ม PROCEDURE_OPD: 88.78 หรือ 5260701
5.การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ขณะตั้งครรภ์ ด้วยวิธี Quadruple test หรือ	แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD : Z36.0 หรือ 36.2

Non-invasive prenatal testing: NIPT หรือ -การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ด้วย วิธีการตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic Villus Sampling: CVS) หรือการเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) หรือ การเจาะเลือด สายสะดือทารกในครรภ์ (Cordocentesis)	
6.การตรวจโลหิตเพื่อค้นหาเบาหวาน ด้วยวิธี Lab GCT หรือ Lab OGTT หรือ Lab FBS หรือ Lab DTX	เพิ่ม LABFU: 0531001 หรือ FBS (0531002, 0531004) หรือ DTX (0531101, 0531102) หรือ Lab GCT, Lab OGTT (Z13.1)
วิธีการประเมินผล	-เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน กับค่าเป้าหมาย
ระยะเวลาการประเมินผล	2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
เอกสารสนับสนุน	-สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดฝากครรภ์เล่มสีชมพู) -คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข -มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานบริการและเครือข่ายระดับจังหวัด
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:	
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)	
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)	
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์และคู่ที่ได้รับการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้งที่มารับบริการฝากครรภ์อย่างครบถ้วน	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 40
2 คะแนน	ร้อยละ 40-44
3 คะแนน	ร้อยละ 45-49
4 คะแนน	ร้อยละ 50-54
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 55
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1) นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : chinoros131149@gmail.com 2) นางสาวรุ่งรัตน์ พลไชย ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 088-595-1755 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : rung.palakai@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1) นางสาวรุ่งรัตน์ พลະไกร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 088-595-1755 E-mail : rung.palakai@gmail.com
	2) นางสาววรรณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-419-2898 E-mail : keng295@hotmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ R 2	เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย
ตัวชี้วัดย่อยที่ 2.1	ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ชั่งน้ำหนักวัดความยาว/ส่วนสูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.3 คะแนน
คำนิยาม	<p>เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2563 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง $+1.5$ SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง</p> <p>สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วนในคนเดียวกัน</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กเพศชาย และเด็กเพศหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p>
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี 2. เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของเด็ก 0-5 ปี ให้สูงดีสมส่วน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และบันทึกด้วยทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น



	น้ำหนัก 20.1 กิโลกรัมส่วนสูง 151.2 เซนติเมตร 2) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน PCU ของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลน้ำหนักความยาว/ส่วนสูง ของเด็กจากหมู่บ้าน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โรงเรียนระดับอนุบาล และสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (คลินิกสุขภาพเด็กดี) ซึ่งไม่รวมการมารับบริการในกรณีเจ็บป่วย บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HOSxP PCU เป็นต้น เพื่อส่งออกเพิ่มข้อมูล Nutrition ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แพ้ม
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 3) โรงเรียนระดับอนุบาล 4) หมู่บ้าน (จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนเด็กอายุ 0-5ปี ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนประชากรเด็กอายุแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567: รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักน้อยกว่าร้อยละ 60
2 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 60-69
3 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 70-79
4 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 80-89
5 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDCจังหวัดอุบลราชธานี กับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด
เอกสารสนับสนุน	-แนวทางการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วันแรกของชีวิต -แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ -แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี -ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย -info graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง -Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง -ชุดความรู้กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน -สื่อโภชนาการ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-5 ปี ด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง (Augmented Reality : AR)



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2563	2564	2565	2566
เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ ส่วนสูง	ร้อยละ	77.68	89.82	72.64	72.28
หมายเหตุ : ข้อมูล HDC ปี 2566 ประมวลผล ณ 23 พ.ย. 2566					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 113 E-mail: chinoros131149@gmail.com 2. นางจिरินทร์ เวียงนนท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-656-1588 E-mail : oppjira@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางจिरินทร์ เวียงนนท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-656-1588 E-mail : oppjira@gmail.com				
ตัวชี้วัดย่อยที่ 2.2	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 66)				
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.3 คะแนน				
คำนิยาม	เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน สูงตีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนัก อยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิง ที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน มีการขับเคลื่อนการส่งเสริมการเจริญเติบโตทางกายเด็กปฐมวัย 1) เด็ก 0-5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ชั่ง นน. วัดส่วนสูง/ความยาว ทุกไตรมาส ร้อยละ 90 2) เด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วน ร้อยละ 68				
วัตถุประสงค์	-ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีร่างกายเจริญเติบโต ตามช่วงวัย -พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ -ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโภชนาการเด็กปฐมวัย -เฝ้าระวังและติดตามภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยในพื้นที่				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 0-5 ปี ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)				



วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม				
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีสูงตีสมส่วน				
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละเด็กอายุ 0 - 5 ปีสูงตีสมส่วน = $(A1 / B1) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)				
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:					
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)					
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)					
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน				
1 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักน้อยกว่าร้อยละ60				
2 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 60-69				
3 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 70-79				
4 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 80-89				
5 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90				
วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดอุบลราชธานี ประมวลผลทุกไตรมาส การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน				
เอกสารสนับสนุน	-แนวทางการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันPlus สู่ 2,500 วันแรกของชีวิต -แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ -แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี -ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 3info graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง 3Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง -ชุดความรู้กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน -สื่อโภชนาการ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-5 ปี ด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง (Augmented Reality: AR)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2563	2564	2565	2566
ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน	ร้อยละ	-	61.85	64.37	65.62



ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 113 E-mail: chinoros131149@gmail.com 2. นางจिरันท์ เวียงนนท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-656-1588 E-mail : oppjira@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางจिरันท์ เวียงนนท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-656-1588 E-mail : oppjira@gmail.com
ตัวชี้วัดย่อยที่ 2.3	ร้อยละเด็กอายุ 6-12 เดือนได้รับการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยการตรวจ Hct (ร้อยละ 100)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.3 คะแนน
คำนิยาม	เด็กไทยอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเจาะเลือดตรวจ Hct/ CBC หมายถึง ข้อมูล ที่เชื่อมโยงระหว่างแฟ้ม LABFU และแฟ้ม PERSON โดยเป็นการตรวจหาค่าฮีมาโตคริต ในเลือด (Hematocrit, whole blood) หรือการตรวจความสมบูรณ์ของเลือด โดยการ นับแยกด้วยเครื่องอัตโนมัติในเลือด (Complete blood count with automated differential, whole blood) ในเด็กไทยอายุ 6-12 เดือน
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในเด็กอายุ 6-12 เดือน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กสัญชาติไทย ที่มีอายุ 6-12 เดือน ทุกสิทธิ์การรักษาพยาบาล ที่มารับบริการที่หน่วย บริการสาธารณสุขทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และ ส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม เด็กสัญชาติไทยอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเจาะเลือดตรวจ Hct/CBC จากแฟ้ม LABFU ที่สามารถเชื่อมโยงแฟ้ม PERSON ได้ และมีเงื่อนไข ดังนี้ -เลขบัตรประจำตัวประชาชน PERSON.CID ไม่ขึ้นต้นด้วยเลขศูนย์ และสามารถ ผ่านการตรวจสอบเลขบัตรประชาชนได้ถูกต้อง (ผ่าน MOD11) -มีสัญชาติไทย PERSON.NATION=99 -ยังมีชีวิตอยู่ PERSON.DISCHARGE=9 -ได้รับบริการการเจาะเลือดตรวจ Hct/CBC ที่รหัส LABFU.LABTEST เป็น 0621201 หรือ 0620401 หรือ 0620201 หรือ 0621401 หรือ 062402 -อายุนับจากวันที่ได้รับบริการเจาะเลือดตรวจ Hct/CBC/Hb (LABFU.DATE_SERV) เทียบกับวันเดือนปีเกิด (PERSON.BIRTH) ต้องอยู่ในช่วง 6-12 เดือน -วันที่การได้รับบริการเจาะเลือดตรวจ Hct/CBC/Hb อยู่ในปีงบประมาณ



แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลใน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 6-12 เดือนที่ได้รับการเจาะ Hct/ CBC
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนเด็กอายุ 6-12 เดือนทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละเด็กอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก = $(A1 / B1) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:	
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)	
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 70
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 70-79
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 80-89
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 90-99
5 คะแนน	ร้อยละ 100
วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดอุบลราชธานี ประมวลผลทุกไตรมาส
เอกสารสนับสนุน	สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก , Platform Pinkbook https://healthplatform.anamai.moph.go.th/
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 113 E-mail: chinoros131149@gmail.com 2. นางจिरันท์ เวียงนนท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-656-1588 E-mail : oppjira@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางจिरันท์ เวียงนนท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-656-1588 E-mail : oppjira@gmail.com



ตัวชี้วัดย่อยที่ 2.4	ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (ร้อยละ 95)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.3 คะแนน
คำนิยาม	- เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน - การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วัตถุประสงค์	1) ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2) พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการ ทุกระดับส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัย
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ = $A/B \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:	
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) ประมวลผล 28 กุมภาพันธ์ 2567	
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567) ประมวลผล 15 สิงหาคม 2567	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักน้อยกว่าร้อยละ60
2 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 60-69
3 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 70-79
4 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 80-89
5 คะแนน	เด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC จังหวัดอุบลราชธานี กับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด
เอกสารสนับสนุน	คู่มือ DSPM https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/2789#wow-book/

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2563	2564	2565	2566
เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ	N/A	89.13	88.31	83.68
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 113 E-mail: chinoros131149@gmail.com 2. นางสาวอรุณา สายเสมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 091-835-8036 E-mail : Aumaim204@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	2. นางสาวอรุณา สายเสมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 091-835-8036 E-mail : Aumaim204@gmail.com				
ตัวชี้วัดย่อยที่ 2.5	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 85)				
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.4 คะแนน				
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน - พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรอง ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260) <p>คำนิยามเพิ่มเติม</p> <p>การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p> <p>เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก (1B261) และการติดตามประเมินพัฒนาการ ครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที (1B262)</p>				



	-พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก (1B261) เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการตามวัย แล้วติดตามกลับมาตรวจคัดกรองพัฒนาการ ครั้งที่ 2 ภายใน 30 วัน
วัตถุประสงค์	-ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย -พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ -ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย = $A/B \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:	
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)	
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 71
2 คะแนน	ร้อยละ 71 -75
3 คะแนน	ร้อยละ 76 -80
4 คะแนน	ร้อยละ 81 -85
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 86
วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดอุบลราชธานี ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน) การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน
เอกสารสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none"> สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก , Platform Pinkbook https://healthplatform.anamai.moph.go.th/ คู่มือникส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล



	<p>https://bit.ly/3CkGHss</p> <ul style="list-style-type: none"> ● คู่มือ DSPM https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/2789#wow-book/ ● คู่มือมีสนมแม่ ● คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ● คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ ● ตำรับอาหารสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย https://bit.ly/3irbmMM ● หลักสูตรออนไลน์ วิธีใหม่ (New normal) <ul style="list-style-type: none"> - การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย : ภาคทฤษฎี https://bit.ly/2Vje4eS - ผู้อำนวยการเล่น (PLAY WORKER) https://bit.ly/2VxlQBg ● - อาหารและโภชนาการสำหรับประชาชน https://bit.ly/3CkJou4 																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Based line data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="4">ปีงบประมาณ (พ.ศ.)</th> </tr> <tr> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>87.79</td> <td>86.52</td> <td>81.49</td> </tr> </tbody> </table>	Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)				2563	2564	2565	2566	เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	-	87.79	86.52	81.49
Based line data	หน่วยวัด			ปีงบประมาณ (พ.ศ.)													
		2563	2564	2565	2566												
เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	-	87.79	86.52	81.49												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1.นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 113 E-mail: chinoros131149@gmail.com</p> <p>2.นางสาวอรุณา สายเสมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 091-835-8036 E-mail: Aumaim204@gmail.com</p>																
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี																
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวอรุณา สายเสมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ: 091-835-8036 E-mail: Aumaim204@gmail.com																
ตัวชี้วัดย่อยที่ 2.6	ระดับความสำเร็จ รพ.สต. /PCU มีการบันทึกข้อมูลเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลังได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น (PSPM ครั้งที่ 2) ด้วยรหัสแยกทางด้านเพื่อส่งต่อเข้าระบบ TEDA4I (ความสำเร็จระดับ5)																
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.4 คะแนน																
คำนิยาม	<p>เป้าหมายเด็กที่ต้องนำเข้าสู่ระบบกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าจาก DSPM หมายถึง เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือนที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริม 																



	<p>พัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองพบไม่ผ่านอย่างน้อย 1 ด้าน จากการตรวจคัดกรองพัฒนาการในครั้งที่ 2 (รหัส 1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242) เพื่อนำเข้าสู่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาล่าช้า (TEDA4I) ใน รพช./รพท.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เด็กที่มีพัฒนาการที่ต้องส่งต่อทันที ได้แก่ เด็กที่มีพัฒนาล่าช้า ความผิดปกติชัดเจน และ/หรือเด็กกลุ่มป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย ● เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน TEDA4I จากพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาล่าช้า (TEDA4I) (รหัส 1B271, 1B272, 1B273, 1B274 และ 1B275)
วัตถุประสงค์	<p>1.ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย</p> <p>2.เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลังได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น (DSPM ครั้งที่ 2)</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม</p>
แหล่งข้อมูล	<p>สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
รายการข้อมูล 1	<p>A1= จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก</p> <p>A2=จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการ ส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการตามวัย แล้วติดตามกลับมาตรวจคัดกรองพัฒนาการซ้ำ ภายใน 30 วัน</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B= จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>$(A/B) \times 100$</p>
ระยะเวลาประเมินผล	<p>2 รอบ/ปี</p> <p><u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)</p> <p><u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)</p>
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:	<p><u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)</p> <p><u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)</p>

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
ขั้นที่ 1	มีคณะทำงานเด็กปฐมวัยระดับอำเภอและตำบล (PM)
ขั้นที่ 2	มีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานทุก 1 เดือน
ขั้นที่ 3	มีการบันทึกข้อมูลเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (DSPM ครั้งที่ 1) ในโปรแกรมพื้นฐานถูกต้อง และทันเวลา
ขั้นที่ 4	มีการบันทึกข้อมูล เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลังได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น (DSPM ครั้งที่ 2) ด้วยรหัสแยกรายด้าน เพื่อส่งต่อเข้าระบบ TEDA4I ทันที
ขั้นที่ 5	มีการนัดหมายและคืนข้อมูลเด็กที่ต้องกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I ทุกคนให้กับพื้นที่ เพื่อติดตามและนำเด็กเข้าสู่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาล่าช้า ใน รพช./รพท. ให้ทันเวลา

การประเมินแบบ Milestone 5 ขั้นตอน

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

วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดอุบลราชธานี ประมวลผลทุก ไตรมาส การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก , Platform Pinkbook https://healthplatform.anamai.moph.go.th/ คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล https://bit.ly/3CkGHss คู่มือ DSPM https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/2789#wow-book/ คู่มือมีสนมแม่ คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ ตำรับอาหารสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย https://bit.ly/3irbmMM หลักสูตรออนไลน์ วิธีใหม่ (New normal) <ul style="list-style-type: none"> - การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย : ภาคทฤษฎี https://bit.ly/2Vje4eS - ผู้อำนวยการเล่น (PLAY WORKER) https://bit.ly/2VxlQBg - อาหารและโภชนาการสำหรับประชาชน https://bit.ly/3CkJou4



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2563	2564	2565	2566
เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลังได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น (DSPM ครั้งที่ 2)	ร้อยละ	-	28.01	24.96	23.05
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 113 E-mail: chinoros131149@gmail.com 2. นางสาวอรุณา สายเสมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 091-835-8036 E-mail: Aumaim204@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวอรุณา สายเสมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 091-835-8036 E-mail: Aumaim204@gmail.com				

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ R 3	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>เด็กอายุ 6-14 ปี หมายถึง นักเรียนชั้น ป.1-ม.3 ในโรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และโรงเรียนมัธยมศึกษา</p> <p>กราฟการเจริญเติบโต หมายถึง กราฟแสดงภาพอ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปีบริบูรณ์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2564 (จัดทำจากการจัดทำเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก 5-19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2563) โดยเริ่มใช้ในการประมวลผลในระบบฐานข้อมูล HDC ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 เป็นต้นไป</p>



	<p>สูงตีสมส่วน หมายถึง ส่วนสูงอยู่ในระดับตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)</p> <p>สูงตี หมายถึง ส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง สูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 S.D.</p> <p>สมส่วน หมายถึง น้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง มีค่าระหว่าง -1.5 S.D. ถึง $+1.5$ S.D.</p> <p>ภาวะเตี้ย หมายถึง มีส่วนสูงน้อยกว่ามาตรฐาน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D. ของกราฟส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>ภาวะผอม หมายถึง มีน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D. ของกราฟน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ</p> <p>ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง มีน้ำหนักมากกว่ามาตรฐาน มีค่ามากกว่า $+2.5$ S.D. ขึ้นไป ของกราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมและเฝ้าระวังภาวะการฉีกขาดของกระดูกของเด็กอายุ 6-14 ปี 2. เพื่อเสริมสร้างภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กนักเรียน 		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นักเรียนชั้น ป.1-ม.3		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และบันทึกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงด้วยทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก 45.7 กิโลกรัม ส่วนสูง 160.5 เซนติเมตร 2) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน PCU ของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง ของสถานศึกษา/โรงเรียน บันทึกในโปรแกรมของสถานบริการทุกแห่ง เช่น JHCIS, HOSxP PCU เป็นต้น เพื่อส่งออกแฟ้มข้อมูล Nutrition ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม <p>หมายเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 คน หากมีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงเกิน 1 ครั้งต่อเทอม จะยึดค่าน้ำหนักและส่วนสูงครั้งสุดท้ายของเทอม - 1 คน หากมีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ทั้ง 2 เทอมจะนับให้เทอมละ 1 ครั้ง 		
แหล่งข้อมูล	-ระบบรายงาน HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด -ข้อมูลในแฟ้มงานโภชนาการ (แฟ้มข้อมูล Nutrition) (ไม่รวมเด็กป่วยที่มารับบริการ)		
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะสูงตีสมส่วน A2 = จำนวนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะผอม A3 = จำนวนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน A4 = จำนวนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะเตี้ย		



รายการข้อมูล 2	B= จำนวนชั้น ป.1-ม.3 ที่ซึ้่งนำ้หนักและวัดส่วนสูง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1) ร้อยละนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะสูงตีสมส่วน = $(A1/B) \times 100$ 2) ร้อยละนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะพอม = $(A2/B) \times 100$ 3) ร้อยละนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน = $(A3/B) \times 100$ 4) ร้อยละนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะเตี้ย = $(A3/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567	
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)	
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)	
ขั้นตอนที่	เกณฑ์ประเมิน
ขั้นที่ 1	มีการประเมินน้ำหนัก วัดส่วนสูง นักเรียนชั้น ป.1-ม.3 ตามรอบภาคเรียนกระทรวงศึกษาธิการ 2 รอบต่อปี และ ผลการประเมินตามรอบนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะสูงตีสมส่วน น้อยกว่าร้อยละ 40
ขั้นที่ 2	มีการประเมินน้ำหนัก วัดส่วนสูง นักเรียนชั้น ป.1-ม.3 ตามรอบภาคเรียนกระทรวงศึกษาธิการ 2 รอบต่อปี และ ผลการประเมินตามรอบนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะสูงตีสมส่วน น้อยกว่าร้อยละ 45
ขั้นที่ 3	มีการประเมินน้ำหนัก วัดส่วนสูง นักเรียนชั้น ป.1-ม.3 ตามรอบภาคเรียนกระทรวงศึกษาธิการ 2 รอบต่อปี และ ผลการประเมินตามรอบนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะสูงตีสมส่วน น้อยกว่าร้อยละ 50
ขั้นที่ 4	มีการประเมินน้ำหนัก วัดส่วนสูง นักเรียนชั้น ป.1-ม.3 ตามรอบภาคเรียนกระทรวงศึกษาธิการ 2 รอบต่อปี และ ผลการประเมินตามรอบนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะสูงตีสมส่วน น้อยกว่าร้อยละ 55
ขั้นที่ 5	มีการประเมินน้ำหนัก วัดส่วนสูง นักเรียนชั้น ป.1-ม.3 ตามรอบภาคเรียนกระทรวงศึกษาธิการ 2 รอบต่อปี และ ผลการประเมินตามรอบนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะสูงตีสมส่วน น้อยกว่าร้อยละ 59
การประเมินแบบ Milestone 5 ขั้นตอน	
คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1
2 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1 + 2
3 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1 + 2 + 3
4 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4
5 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4 + 5
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC จังหวัดอุบลราชธานี กับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด
	1.ชุดความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม (NuPETHS) สื่อ NuPETHS animation 2.คู่มือการเสริมสร้างเด็กวัยเรียนสูงตีสมส่วนตามแนวคิด Active Learning 3.คู่มือการใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี ปี 2564 4.แผ่นพับการประเมินการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี ปี 2564 แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
เด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	N/A	59.59	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 113 E-mail: chinoros131149@gmail.com 2. นางมณีญาภา ถาศักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 094-676-8789 E-mail : manayapa.tha@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางมณีญาภา ถาศักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 094-676-8789 E-mail : manayapa.tha@gmail.com			

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



เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	-เพื่อส่งเสริมให้มีโรงเรียนต้นแบบบูรณาการความร่วมมือ ครู หมอ พ่อแม่ อำเภอละ 1 แห่ง -ส่งเสริมให้เด็กนักเรียนได้รับการคัดกรองปัญหา 4 กลุ่มโรคเพิ่มขึ้น -เพื่อส่งเสริมให้มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล 1 โรงเรียน 1 อำเภอ -เพื่อส่งเสริมให้เด็ก 4 กลุ่มโรค ได้รับการช่วยเหลือ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงเรียนนาร่อง 1 แห่ง/อำเภอ รวมจำนวน 25 แห่ง		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบการรายงานผลการดำเนินงานโดยผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ		
แหล่งข้อมูล	โรงเรียนนาร่อง/ สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน		
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนต้นแบบบูรณาการความร่วมมือ ครู หมอ พ่อแม่ /โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล (ผ่านการประเมินผลจากจังหวัด)		
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนโรงเรียนนาร่องในโรงเรียนต้นแบบบูรณาการความร่วมมือ ครู หมอ พ่อแม่ / โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผล 2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)		
วิธีการประเมินผล	1) ใช้ข้อมูลจากระบบการรายงานผลการดำเนินงานผ่านผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ 2) ประเมินติดตามรับฟังความก้าวหน้าการดำเนินงาน 3) รายงานการประชุมถอดบทเรียน		
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567			
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)			
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)			
ลำดับขั้น	เกณฑ์ประเมิน		
ขั้นที่ 1	1) กำหนดเป็นประเด็นพัฒนาของ พขอ. 2) มีการชี้เป้าพื้นที่นาร่องโครงการครู หมอ พ่อแม่ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล		
ขั้นที่ 2	มีการจัดกิจกรรมสร้างความพร้อมของ 3 กลุ่มที่เป็นกลไกสำคัญ ได้แก่ ครู หมอ พ่อแม่		
ขั้นที่ 3	1) มีกระบวนการ Health coacher ให้คำปรึกษาผ่านกลุ่มไลน์ 2) มีการขยายเครือข่ายจิตอาสาในกลุ่มผู้ปกครอง / อสม.เชี่ยวชาญ		
ขั้นที่ 4	เด็กที่มีปัญหาการเรียน 4 กลุ่มโรคทุกราย ได้รับการช่วยเหลือ		
ขั้นที่ 5	1) เด็ก ป. 1 – ม. 3 สูงดีสมส่วน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 59 2) โรงเรียนผ่านเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล		

การประเมินผล Ranking ปี 2567	
คะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	ผ่านขั้นที่ 1
2 คะแนน	ผ่านขั้นที่ 1 + 2
3 คะแนน	ผ่านขั้นที่ 1 + 2 + 3
4 คะแนน	ผ่านขั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4
5 คะแนน	ผ่านขั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4 + 5
เอกสารสนับสนุน	-คู่มือแนวทางการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล -แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบบูรณาการความร่วมมือ ครู หมอ พ่อแม่
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 113 E-mail: chinoros131149@gmail.com 2. นางมณีญาภา ถาศักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 094-676-8789 E-mail : manayapa.tha@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางมณีญาภา ถาศักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 094-676-8789 E-mail : manayapa.tha@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ R 5	ระดับการขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ และคลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	อำเภออนามัยเจริญพันธุ์ หมายถึง อำเภออนามัยเจริญพันธุ์ที่มีผลการดำเนินงานและประเมินตนเองทั้ง 6 องค์ประกอบ คลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น หมายถึง คลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นที่มีผลการดำเนินงานและประเมินตนเองทั้ง 5 องค์ประกอบ



เกณฑ์เป้าหมายปี 2567 อำเภออนามัยเจริญพันธุ์และคลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นมีผลการดำเนินงาน และประเมินตนเองทุกอำเภอ	
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) โรงพยาบาลทุกแห่ง (คลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น) 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ (อำเภออนามัยเจริญพันธุ์)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Amphoe online และ YFSH Application กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎรกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย 2. ฐานข้อมูล Amphoe online และ YFSH Application สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์ ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ส่งผลการประเมินตนเอง Amphoe online และ YFSH Application จากโปรแกรม สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละอำเภอที่ส่งผลการประเมินตนเองจากโปรแกรม Amphoe online และ YFSH Application = $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	<u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) <u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567	
<u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)	
<u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)	
ขั้นตอนที่	เกณฑ์ประเมิน
ขั้นที่ 1	1) มีผลการประเมินตนเองผ่าน Amphor online องค์กรประกอบที่ 1 และ 2 หรือมีผลการประเมินตนเองผ่าน YFSH Application องค์กรประกอบที่ 1 และ 2
ขั้นที่ 2	1) มีผลการประเมินตนเองผ่าน Amphor online องค์กรประกอบที่ 3 หรือมีผลการประเมินตนเองผ่าน YFSH Application องค์กรประกอบที่ 3
ขั้นที่ 3	1) มีผลการประเมินตนเองผ่าน Amphor online องค์กรประกอบที่ 4 หรือมีผลการประเมินตนเองผ่าน YFSH Application องค์กรประกอบที่ 4
ขั้นที่ 4	1) มีผลการประเมินตนเองผ่าน Amphor online องค์กรประกอบที่ 5 และ 6 หรือมีผลการประเมินตนเองผ่าน YFSH Application องค์กรประกอบที่ 5
ขั้นที่ 5	* มีผลการประเมินตนเองผ่าน Amphor online และ/หรือ มีผลการประเมินตนเองผ่าน YFSH Application และ <u>ผ่านทุกองค์ประกอบ</u>



เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567	
คะแนน Ranking	เกณฑ์การประเมิน
1 คะแนน	ผ่านขั้นที่ 1
2 คะแนน	ผ่านขั้นที่ 1 + 2
3 คะแนน	ผ่านขั้นที่ 1 + 2 + 3
4 คะแนน	ผ่านขั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4
5 คะแนน	ผ่านขั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4 + 5
วิธีการประเมินผล	ประเมินตามเกณฑ์ 5 ข้อ (ข้อละ 1 คะแนน) คะแนนเต็ม 5 คะแนน เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล Amphor online และ YFSH Application จังหวัดอุบลราชธานีกับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดสำนักอนามัยเจริญพันธุ์
เอกสารสนับสนุน :	1. พระราชบัญญัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 2. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) และส่งเสริมเครือข่ายการดำเนินงานระดับพื้นที่ด้วยการส่งเสริมกลไกอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : Chinoros131149@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางปริตา วรากรโอฬาร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ 099-268-85-99 E-mail: mai.j4959@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ R 6	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 96.75
คำนิยาม	ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หมายถึง การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุม



	<p>กลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 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 พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน</p> <p>ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม)</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
≥ร้อยละ 96.75	≥ร้อยละ 97.0	≥ร้อยละ 97.25	≥ร้อยละ 97.5
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 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) 		
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข 2. แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application) 		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ADL		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)		
วิธีการประเมินผล :	รายงานผลการดำเนินงานในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข		
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข		



เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567					
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)					
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)					
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน				
1 คะแนน	ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละน้อยกว่า 90				
2 คะแนน	ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 90-91.99				
3 คะแนน	ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 92-93.99				
4 คะแนน	ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 94.0-96.74				
5 คะแนน	ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 96.75				
วิธีการประเมินผล :	รายงานผลการดำเนินงานในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2564	2565	2566
*ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง		ร้อยละ	92.09	92.68	92.57
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสาร : 045-241-918 2. นางปฐมมาวดี ทองดอนสังข์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 E-mail : Chinoros131149@gmail.com ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-607- 2377 E-mail : Aum_lm29@Outlook.co.th			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางปฐมมาวดี ทองดอนสังข์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 2. นายสิทธิศักดิ์ เผ่าพันธ์ โทรศัพท์มือถือ 085-146-1978	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-607- 2377 E-mail : Aum_lm29@Outlook.co.th ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ E-mail : g6.com.sittisak@gmail.com			

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ R 7	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด</p> <p>จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลทุกระดับ (A-F3) กำหนดแนวทาง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ 1.2 มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ 1.3 มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย 1.4 มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล <p>เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบ่งเป็น 3 ระดับ</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 โรงพยาบาลระดับ S – A 3.2 โรงพยาบาลระดับ M1 - M2 3.3 โรงพยาบาลระดับ F1 - F3 <p>มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม (Structure) <ul style="list-style-type: none"> - มีป้ายคลินิกและสถานที่จัดบริการชัดเจน - สถานที่เอื้อและอำนวยความสะดวก เช่น ห้องน้ำ ทางลาด - มีพื้นที่ห้องตรวจกว้าง เพียงพอสำหรับผู้ที่นั่งรถเข็นได้ 4.2 ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก (Staff) คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในคลินิก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ, สหสาขาวิชาชีพอย่างน้อย 2 สาขาขึ้นไป (Multi-Disciplinary Team), บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 4.3 ด้านรูปแบบและการจัดบริการ (Service) คือ การตรวจสุขภาพประจำปี, การให้บริการวัคซีนประจำปี, การบริการให้คำปรึกษาสุขภาพ, การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน, การวางแผนการดูแล, มีระบบข้อมูล, รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ, การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล และการรับ-ส่งต่อ 4.4 ด้านการบริหารจัดการคลินิก (Service Management) คือ มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ, การพัฒนานวัตกรรมบริการ/การจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ, มีการวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีการพัฒนาเครือข่ายการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ <p>ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ หมายถึง คุณภาพการบริการที่ให้แกผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย</p>



	<ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจสุขภาพประจำปี 2. การบริการให้วัคซีนประจำปี 3. การบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ (counselling/Health promotion, prevention and rehabilitation หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง) 4. การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน (Comprehensive Geriatric Assessment) โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ 5. การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง <ol style="list-style-type: none"> 5.1 โดยแพทย์และทีม 5.2 โดยทีมสหวิชาชีพ 6. มีระบบข้อมูล <ol style="list-style-type: none"> 6.1 มีระบบข้อมูลผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุ 6.2 มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการส่งปรึกษาภายในโรงพยาบาลและส่งต่อนอกโรงพยาบาล 7. รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การเยี่ยมบ้าน Tele-consultation หรือ Tele-medicine เป็นต้น 8. การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล 9. การรับ-ส่งต่อ <ol style="list-style-type: none"> 9.1 ระหว่างโรงพยาบาล (Refer system) 9.2 การส่งกลับชุมชน (COC, Home visit) <p>ประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมายปี 2567</p> <p>โรงพยาบาลทุกแห่งจัดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes)</p>	
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติด้านกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมในคลินิกผู้สูงอายุ 2. ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวมประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ</p>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)</p>
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนโรงพยาบาลทุกระดับ</p>



รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

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

การประเมินแบบ Mile stone

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

วิธีการประเมินผล

1. ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
2. เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991
โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : chinoros131149@gmail.com



	2. นางปฐมมาวดี ทองดอนสังข์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-607- 2377 E-mail : Aum_lm29@Outlook.co.th
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางปฐมมาวดี ทองดอนสังข์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 084-607- 2377 E-mail : Aum_lm29@Outlook.co.th

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



	<p>4.2 ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก (Staff) คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในคลินิก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ, สหสาขาวิชาชีพอย่างน้อย 2 สาขาขึ้นไป (Multi-disciplinary Team), บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ</p> <p>4.3 ด้านรูปแบบและการจัดบริการ (Service) คือ การตรวจสุขภาพประจำปี, การให้บริการวัคซีนประจำปี, การบริการให้คำปรึกษาสุขภาพ, การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน, การวางแผนการดูแล, มีระบบข้อมูล, รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ, การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล และการรับ-ส่งต่อ</p> <p>4.4 ด้านการบริหารจัดการคลินิก (Service Management) คือ มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ, การพัฒนานวัตกรรมบริการ/การจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ, มีการวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีการพัฒนาเครือข่ายการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ</p> <p>5.ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ หมายถึง คุณภาพการบริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย</p>
<p>คำนิยามผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ ประกอบด้วย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจสุขภาพประจำปี 2. การบริการให้วัคซีนประจำปี 3. การบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ (Counseling/Health promotion –prevention and rehabilitation หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง) 4.การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน (Comprehensive Geriatric Assessment) ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและกลุ่มอาการสูงอายุ โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ 5.การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ 6.มีระบบข้อมูล <ol style="list-style-type: none"> 6.1 มีระบบข้อมูลผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุ 6.2 มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการส่งปรึกษาภายในโรงพยาบาลและส่งต่อนอกโรงพยาบาล 7.รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ เช่นการเยี่ยมบ้าน Tele-consultation หรือ Tele-Medicine 8.การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล 9.การรับส่งต่อ <ol style="list-style-type: none"> 9.1 ระหว่างโรงพยาบาล (Refer system) 9.2 การส่งกลับชุมชน (COC Home visit) 6. กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะพลัดตกหกล้ม 7. การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม



เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	1) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติด้านกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมในคลินิกผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2) สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และเขตสุขภาพ		
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่ตรวจในคลินิกและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองในคลินิกและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)		
Small Success ปี 2567			
3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
-การจัดทำคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ -การจัดทำระบบรายงานผลการประเมินผ่าน website -อบรมแนวทางการดำเนินงาน และการลงบันทึกข้อมูล	-โรงพยาบาลเป้าหมาย ทำการรายงานผล รอบที่ 1 โดยผ่าน website คลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ -สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ ติดตาม กำกับ ดูแล โรงพยาบาลให้ประเมินได้ตามเป้าหมาย	-โรงพยาบาลเป้าหมาย ทำการรายงานผล รอบที่ 2 โดยผ่าน website คลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ -สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ ติดตาม กำกับ ดูแล โรงพยาบาลให้ประเมินได้ตามเป้าหมาย	-โรงพยาบาลเป้าหมาย ทำการรายงานผล รอบที่ 3 โดยผ่าน website คลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ -สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวมประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ -สรุปผลการดำเนินงานและวางแผนการดำเนินงานสำหรับปีงบประมาณ 2567 จัดกิจกรรมสรุปผลการดำเนินงาน
-	คัดกรองภาวะสมองเสื่อม ≥ ร้อยละ 30	คัดกรองภาวะสมองเสื่อม ≥ ร้อยละ 40	คัดกรองภาวะสมองเสื่อม ≥ ร้อยละ 50

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567				
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)				
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)				
ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน			
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 25			
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 25-29			
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 30-34			
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 35-49			
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50			
วิธีการประเมินผล	-ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ -เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ผลงานการคัดกรอง	ร้อยละ	-	-	100
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1) นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : chinoros131149@gmail.com 2) นางปฐุมาวดี ทองดอนสังข์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 084-607- 2377 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : Aum_lm29@Outlook.co.th			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางปฐุมาวดี ทองดอนสังข์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 084-607- 2377 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : Aum_lm29@Outlook.co.th			
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 8.2	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ			
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน			
ค่าเป้าหมายปี 2567	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60			
คำนิยาม	1.คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด			



- 2.จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (A-F3) กำหนดแนวทาง ดังนี้**
- 2.1 มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 2.2 มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ
 - 2.3 มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย
 - 2.4 มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล
- 3.เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบ่งเป็น 3 ระดับ**
- 3.1 โรงพยาบาลระดับ S – A
 - 3.2 โรงพยาบาลระดับ M1 - M2
 - 3.3 โรงพยาบาลระดับ F1 - F3
- 4. มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ**
- 4.1 ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม (Structure)
 - มีป้ายคลินิกและสถานที่จัดบริการชัดเจน
 - สถานที่เอื้อและอำนวยความสะดวก เช่น ห้องน้ำ ทางลาด
 - มีพื้นที่ห้องตรวจกว้าง เพียงพอสำหรับผู้ที่นั่งรถเข็นได้
 - 4.2 ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก (Staff) คือ บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในคลินิก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ, สหสาขาวิชาชีพอย่างน้อย 2 สาขาขึ้นไป (Multi-Disciplinary Team), บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
 - 4.3 ด้านรูปแบบและการจัดบริการ (Service) คือ การตรวจสุขภาพประจำปี, การให้บริการวัคซีนประจำปี, การบริการให้คำปรึกษาสุขภาพ, การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน, การวางแผนการดูแล, มีระบบข้อมูล, รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ, การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล และการรับ-ส่งต่อ
 - 4.4 ด้านการบริหารจัดการคลินิก (Service Management) คือ มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ, การพัฒนานวัตกรรมการบริการ/การจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ, มีการวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีการพัฒนาเครือข่ายการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ
- 5.ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ หมายถึง คุณภาพการบริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย**
1. การตรวจสุขภาพประจำปี
 2. การบริการให้วัคซีนประจำปี
 3. การบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ (Counseling/Health promotion – prevention and rehabilitation หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง)
 - 4.การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน (Comprehensive Geriatric Assessment) ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและกลุ่มอาการสูงอายุ โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ
 - 5.การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ



	<p>6.มีระบบข้อมูล</p> <p>6.1 มีระบบข้อมูลผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>6.2 มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการส่งปรึกษาภายในโรงพยาบาลและส่งต่อนอกโรงพยาบาล</p> <p>7.รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ เช่นการเยี่ยมบ้าน Tele-consultation หรือ Tele-Medicince</p> <p>8.การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล</p> <p>9.การรับส่งต่อ</p> <p>9.1 ระหว่างโรงพยาบาล (Refer system)</p> <p>9.2 การส่งกลับชุมชน (COC Home visit)</p> <p>6. กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม</p> <p>7. การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	<p>1.เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติด้านกลุ่มอาการสูงอายุ(geriatric syndromes) ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>2.ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1.คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์</p> <p>2.สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ</p>		
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่ตรวจในคลินิก และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองในคลินิกและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	<p>รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)</p> <p>รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)</p>		

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น **ภาวะพลัดตกหกล้ม** และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

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

ค่าเป้าหมายปีงบประมาณ 2567

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

วิธีการประเมินผล

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

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

**ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**

- 1) นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991
โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : chinoros131149@gmail.com
- 2) นางปฐมาวดี ทองดอนสังข์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 084-607- 2377
โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : Aum_lm29@Outlook.co.th

**หน่วยงานประมวลผล
และจัดทำข้อมูล**

 กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

**ผู้รายงานผลการ
ดำเนินงาน**

 นางปฐมาวดี ทองดอนสังข์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 084-607- 2377
 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : Aum_lm29@Outlook.co.th



ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ R 9	การดำเนินงานกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้า ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>1.เป้าหมายเด็กที่ต้องนำเข้าสู่ระบบกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I</p> <p>1.1.เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าจาก DSPM หมายถึง เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองพบไม่ผ่านอย่างน้อย 1 ด้าน จากการตรวจคัดกรองพัฒนาการในครั้งที่ 2 (รหัส 1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242) เพื่อนำเข้าสู่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า (TEDA4I) ใน รพช./รพท.</p> <p>1.2.เด็กที่มีพัฒนาการที่ต้องส่งต่อทันที ได้แก่ เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า และ / หรือเด็กกลุ่มป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย</p> <p>2.เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน TEDA4I จากพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า (TEDA4I) (รหัส 1B271, 1B272, 1B273, 1B274 และ 1B275)</p> <p>3.การกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน หมายถึง การที่เด็กได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมิน เพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ๆ เช่น คู่มือคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด -5 ปี โปรแกรม การฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย) เป็นต้น</p> <p>4.มีพัฒนาการสมวัยหลังเข้ารับการกระตุ้น หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย</p>
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี 2567	<p>1.เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ แล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าที่ต้องได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75</p> <p>2.เด็กปฐมวัยที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการครบตามเกณฑ์ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55</p> <p>3.เด็กปฐมวัยที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I มีพัฒนาการสมวัยหลังเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35</p>

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง และ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุข รพท./รพช. นำข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า บันทึกในโปรแกรม (และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม)				
แหล่งข้อมูล	รพท./ รพช. / HDC จังหวัดอุบลราชธานี				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า รพ.				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลจาก HDC ทุกเดือน				
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567 รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567) กำหนดการดำเนินงาน กระตุ้นพัฒนาการล่าช้า ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I) 4 ข้อ ดังนี้ (Output)					
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน				
1 คะแนน	พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตเด็ก ติดตามเด็กเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการต่อจาก DSPM ทุกราย(ไม่มีเด็กขาดการติดตามในระบบ)				
1 คะแนน	เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ แล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าที่ต้องได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75				
1.5 คะแนน	เด็กปฐมวัยที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการครบตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า 90 วัน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55				
1.5 คะแนน	เด็กปฐมวัยที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I มีพัฒนาการสมวัย หลังเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35				
คะแนนเต็ม 5 คะแนน					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2563	2564	2565	2566
เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I \geq ร้อยละ 75	ร้อยละ	73.71 (65%)	74.48 (70%)	86.75 (70%)	77.00 (75%)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241-918 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 091-828-0179				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				



ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241-918 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 091-828-0179
-----------------------------	--

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ R 10	ระดับความสำเร็จในการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การคัดกรองเด็กนักเรียน 4 กลุ่มโรค หมายถึง การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กนักเรียนรายบุคคล โดยคุณครูประจำชั้น ด้วยเครื่องมือ 1.) แบบสังเกตพฤติกรรมสำหรับ 1.1) เด็กสมาธิสั้น 1.2.) ออทิสซึม 1.3.) แอลดี 1.4.) เด็กเรียนรู้ช้า 2.) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็ก และ 3.) แบบประเมินจุดอ่อนและจุดแข็ง (SDQ) เด็กอายุ 6-15 ปี หมายถึง เด็กอายุ 6 ปี 1 วัน ถึงอายุ 15 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่เรียนในสถานศึกษาทุกสังกัด ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>ระยะเวลาดำเนินงานคัดกรองโดยครู พฤศจิกายน 2565 - มีนาคม 2566</p> <p>โรคสมาธิสั้น (ADHD-Attention Deficit Hyperactivity Disorder) หมายถึง ภาวะผิดปกติทางจิตเวชที่ส่งผลให้มีสมาธิสั้นกว่าปกติ ขาดการควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้มีลักษณะอาการซุกซน วอกแวกง่าย ไม่เคยอยู่นิ่ง เวลาที่พูดด้วยจะไม่ตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดไม่ค่อยได้ ขาดความรับผิดชอบ พบได้ค่อนข้างบ่อยในเด็กที่มีช่วงอายุระหว่าง 3-7 ปี แต่ในรายที่เป็นไม่มาก อาการจะแสดงออกชัดเจนกว่าในช่วงหลัง 7 ขวบขึ้นไป โดยสาเหตุแท้จริงนั้นไม่สามารถทราบได้ชัดเจน แต่หนึ่งในนั้นคือการที่สมองส่วนหน้า ซึ่งเป็นส่วนที่ทำหน้าที่ ในการควบคุมสมาธิและการยับยั้งชั่งใจทำงานน้อยกว่าปกติ</p> <p>การประเมินเด็กเสี่ยงสมาธิสั้น หมายถึง การประเมินเด็กกลุ่มอายุ 6-15 ปี โดยใช้แบบประเมินตามแบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และการเรียนรู้ช้า โดยคุณครูประจำชั้นเป็นผู้ประเมินเด็ก และอยู่ใกล้ชิดเด็กเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 เดือน ซึ่งให้ครูประเมินเด็กจากการสังเกตลักษณะพฤติกรรมหรือปัญหาการเรียนที่เด็กแสดงออกบ่อย ๆ ทั้งนี้ ในเด็ก 1 คน อาจประเมินพบหลายภาวะที่สามารถเกิดร่วมกันได้</p> <p>การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก หมายถึง เด็กอายุ 6-15 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองโดยครู และประเมินซ้ำโดยพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and</p>



	Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD 10 หมวด F90.0-F90.9 ที่เข้ารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 จนถึงในปีงบประมาณปัจจุบัน
เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2567 1. ร้อยละผลงานตรวจคัดกรองเด็กนักเรียน 4 กลุ่มโรค \geq ร้อยละ 80 2. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 53	
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์อย่างทันที่ เพราะการรักษาโรคนี้ต้องใช้เวลาและอาศัยความร่วมมือทั้งจากตัวเด็ก พ่อแม่ผู้ปกครอง และคุณครูผู้สอน ซึ่งต้องใช้หลายศาสตร์ร่วมกันเพื่อผลการรักษาที่ดี 2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน สู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการดูแลช่วยเหลือเด็กวัยเรียนต่อไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-15 ปี ที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1. จนท.สาธารณสุข ประสานและชี้แจงครูประจำชั้นทุกห้องเรียนในโรงเรียนเขตรับผิดชอบ บันทึกข้อมูลการคัดกรองเด็กนักเรียนในโปรแกรม “ระบบงานเฝ้าระวังโรคจิตเวชในเด็ก” ในเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี URL : http://www.phoubon.in.th/ 2. รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงาน และแบบรายงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) แบบการประเมินตามแบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และระบบเฝ้าระวังโรคจิตเวชในเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2) แบบรายงาน School Health Hero กรมสุขภาพจิต 3) แบบรายงานผลการประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยง ในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 4) การบันทึกข้อมูลการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ในหน่วยบริการ (43 แห่ง) และส่งข้อมูลเข้า HDC จังหวัดอุบลราชธานี ทุกเดือน
แหล่งข้อมูล	1. สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง 2. ระบบเฝ้าระวังโรคจิตเวชในเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้ป่วยอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี คาดประมาณการจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ (สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนดเป้าหมายรายอำเภอให้)
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	<u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) <u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567 <u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) <u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567) มีการดำเนินงานตามกระบวนการเป็นระดับแบบมีเงื่อนไข ดังนี้ กำหนดเป็นขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้	

กระบวนการประเมิน เป็นตามเงื่อนไข ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้ปฏิบัติงานเข้าถึงข้อมูลในระบบ HDC และมีทะเบียนรายชื่อเด็กที่ได้รับการคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง และเด็กป่วยโรคสมาธิสั้น (0.5 คะแนน)

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

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

ขั้นตอนที่ 4 เด็กที่วินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ได้รับการติดตามการกินยาและดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 90 (1.5 คะแนน)

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

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241-918 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 086-464-9824
--	--

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
--	---

ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241-918 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 086-464-9824
-------------------------------------	--

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ R 11	ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยออริสติก ในเด็ก 2-5 ปี
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การเข้าถึงบริการ หมายถึง เด็กอายุ 2-5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออริสติก ได้รับการบริการตามระบบการดูแลรักษา หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการสาธารณสุข โดยเป็นเด็กที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านจังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>ผู้ป่วยโรคอริสติก (ASD-Autism spectrum Disorder) หมายถึง เด็กอายุ 2-5 ปี (11 เดือน 29 วัน) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD 10 หมวด F84.0-F84.9 ที่มารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 จนถึงในปีงบประมาณ 2565</p> <p>การประเมินเด็กเสี่ยงออริสติก หมายถึง การประเมินเด็กกลุ่มอายุ 2-5 ปี โดยใช้แบบประเมิน Pervasive Developmental Disorder Screening Questionnaire (PDDSQ) ตามช่วงอายุ โดยใช้แบบคัดกรองฉบับสำหรับเด็กอายุ 1-4 ปี และฉบับอายุ 4-18 ปี บิดา มารดา ญาติ/ผู้ดูแลเด็ก เป็นผู้ประเมิน เด็กจากการสังเกตลักษณะพฤติกรรมหรือปัญหาที่เด็กแสดงออก ทั้งนี้ หากพบความเสี่ยง ต้องได้รับการส่งต่อเพื่อพบพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ที่คลินิกจิตเวชเด็กฯ ในโรงพยาบาล เพื่อทำการประเมินเด็กซ้ำ และส่งเด็กกลุ่มเสี่ยงเข้าพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย</p>
เกณฑ์เป้าหมายปี 2567 การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคอริสติกในเด็ก 2-5 ปี (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 52)	
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอริสติกได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์อย่างทันทั่วทั้งที่ เพราะการรักษาโรคนี้อาจใช้เวลาและอาศัยความร่วมมือทั้งจากตัวเด็ก พ่อแม่ผู้ปกครอง และคุณครูผู้สอน ซึ่งต้องใช้หลายศาสตร์ร่วมกันเพื่อผลการรักษาที่ดี 2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตเด็กปฐมวัย สู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการดูแลช่วยเหลือเด็กปฐมวัยต่อไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลการให้บริการเด็กโรคอริสติกที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ในหน่วยบริการ (43 แห่ง) และส่งข้อมูลเข้า HDC จังหวัดอุบลราชธานี ทุกเดือน
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ที่ส่งข้อมูลตามมาตรฐานเข้าระบบ HDC จังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอริสติกอายุ 2-5 ปี ที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี



รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนเป้าหมายผู้ป่วยโรคออร์ทิสติกในเด็กอายุ 2-5 ปี คาดประมาณการจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ 0.6 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนดเป้าหมายรายอำเภอให้)																																									
สูตรคำนวณ	(A/B)×100																																									
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)																																									
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567 รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567) มีการดำเนินงานตามกระบวนการเป็นระดับแบบมีเงื่อนไข ดังนี้ กำหนดเป็นขั้นตอนของความสำเร็จ พิจารณาจากความก้าวหน้าขั้นตอนตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้ <u>ขั้นตอนที่ 1</u> การวิเคราะห์สถานการณ์ และจัดทำโครงการ/แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน ค้นหา คัดกรองตามรายชื่อกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ <u>ขั้นตอนที่ 2</u> ภาครัฐเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดกรอง เฝ้าระวัง ค้นหา ติดตามเด็กเสี่ยงโรคออร์ทิสติกในชุมชน และในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก <u>ขั้นตอนที่ 3</u> มีการประเมินค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงออร์ทิสติก กลุ่มอายุ 2-5 ปี ด้วยเครื่องมือ PDDSQ (ฉบับอายุ 1-4 ปี และ ฉบับอายุ 4-18 ปี) แผลผลและบันทึกรายงานเด็กกลุ่มเสี่ยงออร์ทิสติก เพื่อรอพบแพทย์ตรวจวินิจฉัย ≥ ร้อยละ 80 <u>ขั้นตอนที่ 4</u> เด็กอายุ 2-5 ปี ที่พบความเสี่ยง ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคออร์ทิสติกรายใหม่ ≥ ร้อยละ 5 <u>ขั้นตอนที่ 5</u> เด็กอายุ 2-5 ปี ที่พบความเสี่ยง ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคออร์ทิสติก ≥ ร้อยละ 52																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">คะแนน</th> <th colspan="5">ระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone)</th> </tr> <tr> <th>ขั้นตอนที่ 1</th> <th>ขั้นตอนที่ 2</th> <th>ขั้นตอนที่ 3</th> <th>ขั้นตอนที่ 4</th> <th>ขั้นตอนที่ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 คะแนน</td> <td>√</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 คะแนน</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 คะแนน</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 คะแนน</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table>		คะแนน	ระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone)					ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5	1 คะแนน	√					2 คะแนน	√	√				3 คะแนน	√	√	√			4 คะแนน	√	√	√	√		5 คะแนน	√	√	√	√	√
คะแนน	ระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone)																																									
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5																																					
1 คะแนน	√																																									
2 คะแนน	√	√																																								
3 คะแนน	√	√	√																																							
4 คะแนน	√	√	√	√																																						
5 คะแนน	√	√	√	√	√																																					
เอกสารสนับสนุน	ข้อมูลจาก HDC จังหวัดอุบลราชธานี																																									
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Based line data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="4">ปีงบประมาณ (พ.ศ.)</th> </tr> <tr> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การเข้าถึงบริการโรคออร์ทิสติก ≥ ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ</td> <td>69.89 (≥ 45 %)</td> <td>37.30 (≥ 55 %)</td> <td>50.32 (≥ 55 %)</td> <td>83.89 (≥ 52 %)</td> </tr> </tbody> </table>		Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)				2563	2564	2565	2566	การเข้าถึงบริการโรคออร์ทิสติก ≥ ร้อยละ 50	ร้อยละ	69.89 (≥ 45 %)	37.30 (≥ 55 %)	50.32 (≥ 55 %)	83.89 (≥ 52 %)																									
Based line data	หน่วยวัด			ปีงบประมาณ (พ.ศ.)																																						
		2563	2564	2565	2566																																					
การเข้าถึงบริการโรคออร์ทิสติก ≥ ร้อยละ 50	ร้อยละ	69.89 (≥ 45 %)	37.30 (≥ 55 %)	50.32 (≥ 55 %)	83.89 (≥ 52 %)																																					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241-918 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 086-464-9824																																									
หน่วยงานประมวลผล และผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี																																									

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241-918 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 086-464-9824
-------------------------	---

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence				
แผนงานที่ 1	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย				
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ตัวชี้วัดที่ R 12	ผลสำเร็จของการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี				
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน				
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5				
คำนิยาม	<p>เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี</p> <p>การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้นที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ</p> <p>ผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) คือ กลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำที่ครอบคลุมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม เกิดจากการรวมตัวกันเป็นทีมขึ้นของเครือข่ายภาครัฐ (สาธารณสุข ท้องถิ่น การศึกษา ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พัฒนาสังคมฯ ฯลฯ) ภาคเอกชนจิตอาสา หรือประชาชนทั่วไปเพื่อร่วมกันดำเนินการป้องกันการจมน้ำใน 10 ในองค์ประกอบของผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับทอง ระดับเงิน และระดับทองแดง โดยระดับทองแดง ดำเนินงาน 8 องค์ประกอบ ส่วนระดับทองและระดับเงินจะต้องดำเนินงาน ทั้ง 10 องค์ประกอบ</p> <p>สร้างทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ระดับทองและระดับเงิน โดยร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน จิตอาสา หรือประชาชนทั่วไป เพื่อผลักดันให้เกิดทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ในระดับหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ</p>				
เกณฑ์เป้าหมายปี 2567	<p>เป้าหมายระดับจังหวัดอุบลราชธานีประจำปี 2567 : ไม่เกินร้อยละ 4.3 (14 คน) โดยใช้ค่าเฉลี่ย 5 ปี (ปี พ.ศ. 2561 – 2565)</p> <table border="1" data-bbox="127 1736 1364 1848"> <tr> <td>การเสียชีวิต</td> <td>ทีมผู้ก่อการดี</td> </tr> <tr> <td>≤ 4.3 (ไม่เกิน 14 คน)</td> <td>ระดับทอง หรือเงิน จำนวน 14 ทีม</td> </tr> </table>	การเสียชีวิต	ทีมผู้ก่อการดี	≤ 4.3 (ไม่เกิน 14 คน)	ระดับทอง หรือเงิน จำนวน 14 ทีม
การเสียชีวิต	ทีมผู้ก่อการดี				
≤ 4.3 (ไม่เกิน 14 คน)	ระดับทอง หรือเงิน จำนวน 14 ทีม				
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กในจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในจังหวัดอุบลราชธานี (จำนวน 339,242 คน)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. เอกสารสถิติการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี				

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

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

แนวทางการดำเนินงาน

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

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	การพัฒนาทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) 1.1 ได้รับการประเมินทีมผู้ก่อการดี ระดับเงิน จาก สนง.สสจ.อบ. (0.5 คะแนน) 1.2 ได้รับการประเมินทีมผู้ก่อการดี ระดับทอง จาก สนง.สสจ.อบ. (1 คะแนน)
0.5 คะแนน	ร้อยละการสอบสวนการจมน้ำ และลงรายงานในระบบ Drowning Report (ทั้งเสียชีวิตและไม่เสียชีวิต ในทุกกลุ่มอายุ) 2.1 มีรายงานสอบสวนแต่ไม่ครบ 100 % (0 คะแนน) 2.2 มีการสอบสวนและลงรายงาน ครบ 100 % (0.5 คะแนน)
1 คะแนน	ร้อยละของเด็กอายุ 0-2 ปี มีการใช้คอกกั้นเด็ก/ มีพื้นที่เล่นที่ปลอดภัย (Playpen) 3.1 น้อยกว่าร้อยละ 30 (0 คะแนน) 3.2 ร้อยละ 31 – 70 (0.5 คะแนน) 3.3 ร้อยละ 71 –100 % (1 คะแนน)



1 คะแนน	บุคลากรในสถานบริการทุกแห่ง ผ่านการเรียนรู้หลักสูตรผู้จัดการแผนงานป้องกันการจมน้ำ ในระบบ E-learning และได้รับใบ Certificate อย่างน้อย แห่งละ 1 คน (รพ./สสอ./รพ.สต) 4.1 น้อยกว่า 50 % (0 คะแนน) 4.2 50- 99.99 % (0.5 คะแนน) 4.3 ครบ 100% (1 คะแนน)
0.5 คะแนน	นักเรียน ม. 1 - 6 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาและโรงเรียนขยายโอกาส ผ่านการอบรมเรื่อง การปฐมพยาบาลและช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR & AED) ในสถานศึกษา 5.1 ผ่านการอบรมน้อยกว่า 25 % (0 คะแนน) 5.2 ผ่านการอบรม 26 - 49 % (0.25 คะแนน) 5.3 ผ่านการอบรม 50% ขึ้นไป (0.5 คะแนน)
1 คะแนน	จำนวนโรงเรียนที่มีการเรียนการสอนว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด (Survival Swimming) 6.1 ไม่มีการเรียนการสอน (0 คะแนน) 6.2 มีการเรียนการสอน 1 โรงเรียนขึ้นไป (1 คะแนน)

เอกสารสนับสนุน :

- สถานการณ์การเสียชีวิตจากการจมน้ำแยกรายอำเภอ
- แนวทางการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในชุมชน
- แนวทางการประเมินผู้ก่อการดี การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ(Merit Maker)
- รายงาน Drowning Report

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2563	2564	2565
จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	คน	12	27	11
อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	อัตราต่อประชากร แสนคน	3.33	8.1	3.24
ทีมผู้ก่อการดี ระดับเงิน หรือระดับทอง	ร้อยละ 50 ของอำเภอ ทั้งหมด	1	1	1
ทีมผู้ก่อการดี ระดับทองแดง	ทุกตำบล	19	15	5

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ระดับโรงพยาบาล คือ ผู้รับผิดชอบงาน ระดับอำเภอทุกแห่ง
2. ระดับจังหวัด คือ
 - 2.1 นางสาวอลิษา สุพรรณ
(หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด)
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 262-692 โทรศัพท์มือถือ : 081 790-4981
โทรสาร : 045 241-918 E-mail : Alisuphan@hotmail.com
 - 2.2 นายเอกชัย จรุงเนตร (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ)
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 086 - 461-9299
โทรสาร : 045 - 241-918 E-mail : mr.akk1669@gmail.com



หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	งานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. ระดับโรงพยาบาล คือ ผู้รับผิดชอบงาน ระดับอำเภอทุกแห่ง 2. ระดับจังหวัด คือ นายเอกชัย จรุงเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 086-461-9299 E-mail : mr.akk1669@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 3	ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยง
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาระบบการโต้ตอบภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 13	ประสิทธิภาพการดำเนินงาน EOC
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 13.1	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงาน ระดับอำเภอ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>1) ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ หมายถึง กระบวนการดำเนินงานเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข แบ่งเป็น 5 กิจกรรมดำเนินการ</p> <p>2) ภาวะฉุกเฉิน/สาธารณสุข หมายถึง สถานการณ์ สภาวะการณ์หรือเหตุการณ์ สาธารณภัยที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือ การเจ็บป่วย หมายถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล</p> <p>3) ความเสี่ยงสาธารณสุข หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใด เหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบทางลบจากการเกิดสาธารณสุข โดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สิน และบริการต่าง ๆ ในระดับบุคคล ชุมชน สังคม หรือประเทศ</p> <p>4) ผู้บริหารได้รับการอบรม หลักสูตรการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEM Academy - ICS100) ผู้บริหารประกอบด้วย ผอ.รพท./ ผอ.รพช./รองผอ.รพท./รองผอ.รพช./สสอ./ผช.สสอ./หัวหน้าและเลขานุการฯ ทุกกองการกิจของศูนย์ EOC อำเภอ(ตามโครงสร้างในระบบบัญชาการเหตุการณ์ ปีล่าสุดของอำเภอ)</p> <p>5) คำสั่งและผังบัญชาการเหตุการณ์ ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center : PHEOC) สำหรับรองรับทุกภัยพิบัติ</p> <p>6) แผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) หมายถึง กลวิธีการ</p>



<p>ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เพื่อนำไปปฏิบัติตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เป้าหมายการปฏิบัติการ โดยมีความครอบคลุมห้วงเวลาก่อนเกิดเหตุ ระหว่างเกิดเหตุ หลังเกิดเหตุการณ์</p> <p>7) การฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง ดำเนินการฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินรับมือโรคติดต่อ และภัยสุขภาพหรือสาธารณสุข ที่มีโอกาสเกิดขึ้นในพื้นที่</p> <p>8) สาธารณภัยที่เกิดจากโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ หมายถึงภัยที่เกิดจากโรคและมีโอกาสขยายขนาดและความรุนแรงขึ้น หากไม่ได้รับการจัดการ</p> <p>9) ภัยสุขภาพหรือภัยพิบัติ หมายถึง ภัยที่เกิดจากธรรมชาติ หรือภัยที่มนุษย์สร้างขึ้นโดยไม่ได้เกิดจากโรค เช่น น้ำท่วม, ดินโคลนถล่ม, อุบัติเหตุขนาดใหญ่, อากาศภัย, วัตภัย, ฝุ่นละออง PM2.5 เป็นต้น</p>
--

เกณฑ์เป้าหมาย

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

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

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

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



ขั้นตอนที่	รายละเอียด	ค่าคะแนน
ขั้นตอนที่ 1	ผู้บริหารผ่านการอบรมหลักสูตร Online EOC-ICS100 ประกอบด้วย ผอ.รพท./ ผอ.รพช./รอง ผอ.รพท./รอง ผอ.รพช./สสอ./ผช.สสอ./ หัวหน้าและเลขานุการฯ ทุกกล่องภารกิจของศูนย์ EOC อำเภอ (ตามโครงสร้างในระบบบัญชาการ เหตุการณ์ปีล่าสุดของอำเภอ) -ผ่านการอบรม < 50% = 0 คะแนน -ผ่านการอบรม 51 – 99 % = 0.5 คะแนน -ผ่านการอบรมร้อยละ 100% = 1 คะแนน	1 คะแนน
ขั้นตอนที่ 2	มีคำสั่งและผังบัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center : PHEOC) สำหรับรองรับทุกภัยพิบัติ	1 คะแนน
ขั้นตอนที่ 3	จัดทำแผนเผชิญเหตุ(IAP) โรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ, ภัยสุขภาพอย่างน้อย 2 เรื่อง -แผนเผชิญเหตุโรคติดต่อฯ = 0.5 คะแนน -แผนเผชิญเหตุภัยพิบัติ = 0.5 คะแนน	1 คะแนน
ขั้นตอนที่ 4	ซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินรับมือโรคติดต่อ 1 เรื่อง, ภัยสุขภาพ, สาธารณภัย 1 เรื่อง -แผนเผชิญเหตุโรคติดต่อฯ = 0.5 คะแนน -แผนเผชิญเหตุภัยพิบัติ = 0.5 คะแนน	1 คะแนน
ขั้นตอนที่ 5	เปิด EOC เพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคหรือสาธารณภัย อย่างน้อย 1 ครั้ง	1 คะแนน

การตรวจสอบหลักฐาน

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
1	ผู้บริหารผ่านการอบรมหลักสูตร Online EOC-ICS100 ประกอบด้วย ผอ.รพท./ ผอ.รพช./รอง ผอ.รพท./รอง ผอ.รพช./สสอ./ผช.สสอ./หัวหน้าและเลขานุการฯ ทุกกล่องภารกิจของศูนย์ EOC อำเภอ(ตาม โครงสร้างในระบบบัญชาการเหตุการณ์ปี 67 ของอำเภอ)	สำเนาประกาศนียบัตร
2	มีคำสั่งและผังบัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการ ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center : PHEOC) สำหรับ รองรับทุกภัยพิบัติ	1.คำสั่งระบบบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ปี67 2.ผังบัญชาการเหตุการณ์ปี 67
3	จัดทำแผนเผชิญเหตุ(IAP) โรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และภัยสุขภาพ อย่างน้อย 2 เรื่อง ที่มีโอกาสจะเกิด ในพื้นที่	1. แผนเผชิญเหตุโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ 2. แผนเผชิญเหตุภัยสุขภาพ/ภัยพิบัติ
4	ฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินเพื่อรับมือโรคติดต่อ 1 เรื่อง และภัยสุขภาพหรือสาธารณภัย 1 เรื่อง	1.รายงานการฝึกซ้อมแผนรับมือโรคติดต่อ 2.รายงานการฝึกซ้อมแผนรับมือภัยสุขภาพ/ภัยพิบัติ
5	เปิด EOC ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคหรือภัยพิบัติ อย่างน้อย 1 ครั้ง	1.บันทึกการประชุม/เอกสารประสานงานต่างๆ 2.ภาพกิจกรรม



เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1) หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง) 2) คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค 3) พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง 4) เว็บไซต์ https://ddc.moph.go.th/ddce/news.php?news=7033&deptcode=ddcen 5) คู่มือศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน 6) แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2558
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นางสาวอลิษา สุพรรณ หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 081-790-4981 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : Alisuphan@hotmail.com 2. นายเอกชัย จรุงเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 086-461๗9299 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : mr.akk1669@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายเอกชัย จรุงเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 086-461๗9299 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : mr.akk1669@gmail.com
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 13.2	ร้อยละหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ควบคุมโรคการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	เกิดการระบาดซ้ำ (1 Generation) น้อยกว่าร้อยละ 10
คำนิยาม	<p>โรคไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไข้แดง (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>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละอัตราการระบาดซ้ำเกิน 2 Generation ในหมู่บ้าน <ร้อยละ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อให้การควบคุมโรคไข้เลือดออกภายใน 2 Generation (28 วัน)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หมู่บ้านทั้งหมดในจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

	และ D506 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระบบรายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และ D506 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหมู่บ้านที่มีการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน เกิน 2 Generation
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567 <u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) <u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567) เกณฑ์การให้คะแนนอัตราการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกเกิน 2 Generation ในหมู่บ้านเดียวกัน	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	>ร้อยละ 12.51
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 10.01-12.50
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 7.51-10.00
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 5.01-7.51
5 คะแนน	<ร้อยละ 5.0
รายละเอียดการประเมิน <ul style="list-style-type: none"> - <u>คะแนน 1 คะแนน</u> หมายถึง อัตราการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน เกิน 2 Generation ในหมู่บ้านเดียวกันมากกว่าร้อยละ 12.51 ของหมู่บ้านทั้งหมด - <u>คะแนน 2 คะแนน</u> หมายถึง อัตราการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน เกิน 2 Generation ในหมู่บ้านเดียวกัน อยู่ในช่วงร้อยละ 10.01 -12.50 ของหมู่บ้านทั้งหมด - <u>คะแนน 3 คะแนน</u> หมายถึง อัตราการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน เกิน 2 Generation ในหมู่บ้านเดียวกัน อยู่ในช่วงร้อยละ 7.51 – 12.00 ของหมู่บ้านทั้งหมด - <u>คะแนน 4 คะแนน</u> หมายถึง อัตราการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน เกิน 2 Generation ในหมู่บ้านเดียวกัน อยู่ในช่วงร้อยละ 5.01-7.51 ของหมู่บ้านทั้งหมด - <u>คะแนน 5 คะแนน</u> หมายถึง อัตราการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกัน เกิน 2 Generation ในหมู่บ้านเดียวกัน น้อยกว่า ร้อยละ 5 ของหมู่บ้านทั้งหมด 	
ระดับของข้อมูลรายงาน	ประเมินเป็นรายพื้นที่ (อำเภอ/CUP)
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำรายงาน	ข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรวม จากฐานข้อมูลระบบรายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และ D506 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2564



ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายภริรักษ์ รุ่งพัฒนาชัยกุล รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 098-542-4635</p> <p>2. ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 255-713 โทรศัพท์มือถือ : 085 - 3159-081</p> <p>3. นายภราดร โสภา เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 255-713 โทรศัพท์มือถือ : 081-9990-591</p>
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายภราดร โสภา เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 255-713 โทรศัพท์มือถือ : 081-9990-591

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



หรือสุกๆ ดิบๆ เช่น ก๋วยปลา ส้มปลา ปลาจ่อม ฯลฯ เมื่อพยาธิใบไม้ตับสะสมและระยะเวลา
นานๆ ท่อน้ำดีเกิดการอักเสบผนังท่อน้ำดีหนาขึ้น พัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดี
ในเวลาต่อมา

ปลาที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ ปลาน้ำจืด เกล็ดขาว วงศ์ปลา
ตะเพียน ซึ่งเป็นกลุ่มปลาที่ติดเชื้อ พยาธิใบไม้ตับสูง และเป็นสาเหตุให้ประชาชนติดโรค
พยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ปลาตะเพียนขาว ปลาสวายนกเขาหรือ ปลาอีไทย ปลาสวาย
ปลาขาวหัวมน ปลาตะเพียนทอง ปลากระสูบจุด ปลาขาวนา ปลากระมัง

สาเหตุที่ทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ และยังมีกรณีติดเชื้อสูง
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี 3 ปัจจัย ดังนี้

1. ประชาชนยังมีพฤติกรรมมารับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาววงศ์ปลาตะเพียน
ที่ปรุงแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ

2. ประชาชนที่ออกไปทำไร่ นา ยังมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระนอกส้วมหรือ
รดส้วบส่วนนำสิ่งปฏิกูลทิ้งลงในสิ่งแวดล้อม ตามป่า ทุ่งนา ฯลฯ

3. ในแหล่งน้ำต่างๆ มีหอยและปลาอยู่ร่วมกัน ทำให้วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ
ครบสมบูรณ์แล้วเจริญเป็นระยะติดต่อ สู่ คน หม่า แมว

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

การตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง การตรวจคัดกรองด้วยอุจจาระด้วย
วิธี Modified Kato ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐาน (Gold standard)

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

เกณฑ์เป้าหมาย

2.1 อัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป น้อยกว่าร้อยละ 2

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

เกณฑ์เป้าหมายย่อย : ร้อยละของการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป

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

2.2 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับได้เข้าโปรแกรม

การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

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



วัตถุประสงค์	1.เพื่อทราบอัตราความชุกของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี 2.เพื่อสร้างเสริมความรู้ (Health Literacy) การป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจังหวัดอุบลราชธานี			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ตำบลที่มีความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับสูง, มีพฤติกรรมรับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาววงศ์ปลาตะเพียน ที่ปรุงแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ, เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ, มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี, อาศัยอยู่ใกล้ๆ กับแหล่งน้ำ และในพื้นที่ซึ่งไม่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐาน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.บันทึกผลการตรวจคัดกรองลงในโปรแกรม ดังนี้ 1.1 รพ.สต. : โปรแกรม JHCIS 1.2 PCU รพ. : โปรแกรม HI, HosXP ฯลฯ และนำเข้าโปรแกรม R506 ส่งฐานข้อมูลมายังกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ 2.ผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรายงานผ่านฐานข้อมูล Data base ของกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 3.รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามขั้นตอนวีเซฟ (V-Shape HL) 6 ขั้นตอน			
แหล่งข้อมูล	1.โปรแกรม R506 2.ฐานข้อมูล Data base กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.อุบลราชธานี			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป (น้อยกว่าร้อยละ 2) สูตรคำนวณ (A/B) X 100 A = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Modified Kato B = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด จำนวน 450 คน เกณฑ์เป้าหมายย่อย : ร้อยละของการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป สูตรคำนวณ (A/B) X 100 A = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Modified Kato (เป้าหมาย จำนวน 450 คน) B = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมดตามเป้าหมาย จำนวน 450 คน			
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบประเมิน/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)			
การติดตามรายไตรมาส (การคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย)				
ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100	
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567				
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)				
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
≤60 %	61 - 70%	71 – 80%	81 – 90%	91 – 100%
เอกสารสนับสนุน :	1.แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี			



	ปี 2559–2568, กรมควบคุมโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย 2.กองโรคติดต่อทั่วไป กลุ่มงานโครงการตามพระราชดำริ: https://ddc.moph.go.th/dcd/
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายภริรักษ์ รุ่งพัฒนาชัยกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243-301 ต่อ 121 2. นายวิโรจน์ เชมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 085-315-9081 3. นางสาววัชรินทร์ กรวยสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 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 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 083-742-9482
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 14.2	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิ ใบไม้ตับได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ร้อยละ 100
คำนิยาม	โรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง โรคที่เกิดจากการอักเสบของท่อน้ำดีติดเชื้อ “พยาธิใบไม้ตับ”ซึ่งได้รับพยาธิจากการกินอาหาร ประเภทปลาดิบ ที่มีตัวอ่อนของพยาธิ ใบไม้ตับ ทำให้มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีและเสียชีวิตได้ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรม ชอบรับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดขาวแบบปรุงดิบๆ สุกๆ เช่น ลาบ ก้อย ส้มปลา ปลาจ่อม ฯลฯ เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และมีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคมะเร็ง ท่อน้ำดี มีที่อยู่อาศัยอยู่ใกล้ๆ กับแหล่งน้ำ และในพื้นที่ยังไม่มียาบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ได้ มาตรฐาน การตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง การตรวจคัดกรองด้วยอุจจาระด้วย วิธี Modified Kato ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐาน (Gold standard) โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง กระบวนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตามแนวทางการสร้างเสริม ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามขั้นตอนวีเซฟ (V-Shape HL) 6 ขั้นตอน ได้แก่ การเข้าถึง, เข้าใจ, โต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน, ตัดสินใจ, เปลี่ยนพฤติกรรมและบอกต่อ
เกณฑ์เป้าหมาย (การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ HL)	



ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	1.เพื่อทราบอัตราความชุกของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี 2.เพื่อสร้างเสริมความรู้ (Health Literacy) การป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจังหวัดอุบลราชธานี		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ตำบลที่มีความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับสูง, มีพฤติกรรมรับประทานปลาน้ำจืดเกิดพยาธิใบไม้ตับสูง, ที่ปรุงแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ, เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ, มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี, อาศัยอยู่ใกล้ๆ กับแหล่งน้ำ และในพื้นที่ซึ่งไม่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐาน		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกผลการตรวจคัดกรองลงในโปรแกรม ดังนี้ 1.1 รพ.สต. : โปรแกรม JHCIS 1.2 PCU รพ. : โปรแกรม HI, HosXP ฯลฯ และนำเข้าโปรแกรม R506 ส่งฐานข้อมูลมายังกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ 2. ผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรายงานผ่านฐานข้อมูล Data base ของกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 3. รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามขั้นตอนวีเซฟ (V-Shape HL) 6 ขั้นตอน		
แหล่งข้อมูล	1.โปรแกรม R506 2.ฐานข้อมูล Data base กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.อุบลราชธานี		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สูตรคำนวณ (A/B) X 100 A = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยวิธี Modified Kato (เป้าหมาย จำนวน 450 คน) และได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี <u>ในโปรแกรมเดียวกัน</u> B = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมดตามเป้าหมาย จำนวน 450 คน		
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบประเมิน/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)		
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567	รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567) ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับได้เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี		



คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	1) ผลงาน $\leq 60\%$ 2) รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)
2 คะแนน	1) ผลงาน 61-70% 2) รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)
3 คะแนน	1) ผลงาน 71 – 80% 2) รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)
4 คะแนน	1) ผลงาน 81 – 90% 2) รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)
5 คะแนน	1) ผลงาน 91 – 100% 2) รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)
เอกสารสนับสนุน :	1.แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559 – 2568, กรมควบคุมโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย 2.กองโรคติดต่อทั่วไป กลุ่มงานโครงการตามพระราชดำริ: https://ddc.moph.go.th/dcd/
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายภริรักษ์ รุ่งพัฒนาชัยกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243-301 ต่อ 121 2. นายวิโรจน์ เชมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 085-315-9081 3. นางสาววัชรินทร์ กรวยสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 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 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 083-742-9482
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 14.3	ระดับความสำเร็จของอำเภอมืองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบในการบริหารจัดการสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	การบริหารจัดการสิ่งปฏิกูล หมายถึง การส่งเสริม สนับสนุน ให้ พขอ. และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีการกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล มีการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น มีระบบการเฝ้าระวังการทิ้งตามที่หรือทางสาธารณะ หรือ ทิ้งตามที่เอกชน อันจะก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรค และเป็นอันตรายต่อสุขภาพ



เกณฑ์เป้าหมาย		
อำเภอเมืองครุฑปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบในการบริหารจัดการสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร		
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569
อำเภออย่างน้อย 1 แห่ง	อำเภออย่างน้อย 2 แห่ง	อำเภออย่างน้อย 3 แห่ง
วัตถุประสงค์	-เพื่อตัดวงจรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี -องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.)	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-รายงานผลการดำเนินงานระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล -รายงาน EHA 3002	
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สนง.สสจ.อบ.	
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ผ่านการประเมินรับรอง	
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และ ไตรมาสที่ 4 รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567 รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567	
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567 รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567 รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567 อำเภอขับเคลื่อนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีแผนงานงบประมาณสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล		
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน	
1 คะแนน	ผ่านประชาคมพื้นที่เป้าหมาย	
1 คะแนน	มีข้อบัญญัติ ตั้งงบประมาณของ อบต.	
1 คะแนน	อำเภอมีแผนงานผ่าน พขอ./สภาท้องถิ่น	
1 คะแนน	อยู่ระหว่างการก่อสร้างเสร็จ (แต่ยังไม่เปิดใช้)	
1 คะแนน	เปิดใช้งานบ่อบำบัด /มีการบริหารจัดการ ต่อเนื่อง	
คะแนนเต็ม 5 คะแนน		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data อำเภอที่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล 9 อำเภอได้แก่ เขื่องใน, เขมราฐ, นาตาล, เหล่าเสือโก้ก, ศรีเมืองใหม่, พิบูลมังสาหาร, กุดข้าวปุ้น, ม่วงสามสิบ, บุณฑริก, ดอนมดแดง (ข้อมูลปี 2566)		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายบัณฑิต บุญจันทร์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ โทรศัพท์มือถือ 091-020-4657 2. นายสุรทิน หมั่นอินทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 086-254-9462 กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	



หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายสุรทิน หมั่นอินทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 086-254-9462 กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence						
แผนงานที่ 3	ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยง						
โครงการที่ 2	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ						
ตัวชี้วัดที่ R 15	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเด็กอายุ ครบ 1 ปี						
ตัวชี้วัดย่อยที่	R 15.1 วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด (IPV) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) (0.6 คะแนน) R 15.2 วัคซีนโปลิโอชนิดหยอด (OPV3) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) (0.6 คะแนน) R 15.3 วัคซีนคางทูม,หัดเยอรมัน (MMR1) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95) (0.8 คะแนน)						
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	รวม 2 คะแนน						
คำนิยาม	1) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอชนิดฉีด (IPV2) ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน IPV2 ครบตามเกณฑ์จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน 2) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอชนิดหยอด (OPV3) ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน OPV3 ครบตามเกณฑ์จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน 3) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR1) ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน MMR1 ครบตามเกณฑ์จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน						
เกณฑ์เป้าหมาย	IPV2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90						
	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69					
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90					
	OPV3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90						
	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69					
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90					
	MMR1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95						
	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69			
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69					



ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	เพื่อรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอ ชนิดฉีด(IPV), วัคซีนโปลิโอชนิดหยอด (OPV3) และวัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR1) ให้ได้ตามเกณฑ์	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1) เด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัย type area = 1,3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน แต่ผ่านมาแล้ว 1 ปี เช่น</p> <p><u>รายงานงวดที่ 1</u> : ตุลาคม 2566 - ธันวาคม 2566 เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2565 - 31 ธ.ค. 2565</p> <p><u>รายงานงวดที่ 2</u> : มกราคม 2567 - มีนาคม 2567 เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ม.ค. 2566 - มี.ค. 2566</p> <p><u>รายงานงวดที่ 3</u> : เม.ย. 2567 - มิ.ย. 2567 เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 เม.ย. 2566 - มิ.ย. 2566</p> <p><u>รายงานงวดที่ 4</u> : ก.ค. 2567 - ก.ย. 2567 เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ก.ค. 2566 - ก.ย. 2566</p>	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข	
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน IPV2, OPV3, MMR1	
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานะบุคคล type area = 1, 3)</p> <p>1 = มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง</p> <p>3 = มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ (ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ) แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ</p>	
รายการข้อมูล 3	<p>วัคซีนที่ใช้ประมวลผล คือ</p> <p>วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด IPV2 รหัสวัคซีน = I12 รหัส ICD-10 = Z24.0</p> <p>วัคซีนโปลิโอชนิดหยอด OPV3 รหัสวัคซีน = O83 รหัส ICD-10 = Z24.0</p> <p>วัคซีน หัด คางทูม หัดเยอรมัน MMR1 (เข็มที่ 1) รหัสวัคซีน = 061</p> <p>รหัส ICD-10 = Z27.4</p>	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	<p>1) ระยะเวลาประเมินผล 2 รอบ <u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 66 - 28 กุมภาพันธ์ 67), <u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 67 - 15 สิงหาคม 67)</p> <p>2) ติดตามความก้าวหน้าโดยติดตามความก้าวหน้า ทุกรายงวด (ไตรมาส)</p>	
ระดับของข้อมูลรายงาน	ความครอบคลุมประเมินเป็นรายพื้นที่ (อำเภอ/CUP)	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำรายงาน	ตรวจสอบผลความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนวัคซีน ในฐานข้อมูล HDC จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ส่งเสริมป้องกัน >> การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	



เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

เกณฑ์การติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีน IPV2 (1 ตุลาคม 2566-30 กันยายน 2567)

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

เกณฑ์การติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีน OPV3 (1 ตุลาคม 2566-30 กันยายน 2567)

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

เกณฑ์การติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR1 (1 ตุลาคม 2566-30 กันยายน 2567)

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

การประเมินคะแนน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567

รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567

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

เอกสารสนับสนุน

แผนปฏิบัติงานโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ปี 2567

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- นายภริรักษ์ รุ่งพัฒนาชัยกุล รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692
โทรศัพท์มือถือ : 098-542-4635
- ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 255-713 โทรศัพท์มือถือ : 085 – 3159-081
- นางสาวรวีวรรณ วิศาลศิริกวิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 255ข713 โทรศัพท์มือถือ : 090 – 9464-541

หน่วยงานประมวลผล
และจัดทำข้อมูล

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผู้รายงานผลการ
ดำเนินงาน

นางสาวรวีวรรณ วิศาลศิริกวิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 255-713 โทรศัพท์มือถือ : 090 – 9464-541

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 3	ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยง
โครงการที่ 2	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 16	คุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (รง. 506) ตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95
คำนิยาม	<p>1. คุณภาพการส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ในระบบเฝ้าระวัง (D 506) หมายถึง ความสม่ำเสมอและความครอบคลุม ในการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง 57 โรค ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ของศูนย์ระบาดวิทยา อำเภอและสถานบริการสาธารณสุข โดยประเมินจากจำนวนผู้ป่วยในฐานข้อมูล D 506 ของ สสจ. อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2567 (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567) โดยแบ่งคะแนนเป็น 2 ส่วน ๆ ละ 50 % ดังนี้</p> <p>2. ความสม่ำเสมอในการส่งรายงาน D 506 (ร้อยละ 50) หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลรัฐ นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน ส่งรายงาน D 506 ถึง สสจ. อุบลราชธานี ตามกำหนด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในทุกวันอังคารหรือพุธของสัปดาห์ (ประเมินเป็นรายสัปดาห์ 52 สัปดาห์/ปี และสะสมคะแนนเป็นรายเดือน)</p> <p>3. ความครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุข ที่ส่ง D 506 (ร้อยละ 50) หมายถึง จำนวนสถานบริการสาธารณสุข ที่ส่ง D 506 ในแต่ละสัปดาห์ สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน รพ.สต. (ทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัด) และศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่งในอำเภอ โดยมีกำหนดเกณฑ์ ในการส่งข้อมูล (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> <p>1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน มีการส่งข้อมูล D 506 จากสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในอำเภอในระบบ D 506 และรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม R506 ส่งควบคู่กัน ส่งให้ สสจ. ตามเกณฑ์ที่กำหนด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง</p> <p>2. มีการรายงานและสอบสวนโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่มีความสำคัญสูงที่ต้องรายงานทันที (ไม่เกิน 24 ชม.) ให้ทีมระบาดวิทยา สสจ. ได้แก่ โรคติดต่ออันตราย 13 โรค ไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า คอตีบ ไอกรณ ไข้กาฬหลังแอ่น เลปโตสไปโรซิส และผู้ป่วยที่เสียชีวิตสงสัยจากโรคติดต่อทุกโรค</p>



3. มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ทุกสัปดาห์ เพื่อเสนอผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง			
เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละของคุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (รง.506)			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 95	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อให้มีความครอบคลุม ทันเวลา สามารถตรวจจัดการ ระบาดและตอบโต้การระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ตรวจสอบผู้ป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง 57 โรค จากโปรแกรมตรวจผู้ป่วยของ สถานบริการ ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง/บันทึกผู้ป่วย และส่ง D 506 จากหน้าโปรแกรม HIS ไปยังกองระบาดวิทยา 2. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลรัฐนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล รวบรวมข้อมูล รง.506 ตรวจสอบข้อมูลและแก้ไขให้ถูกต้อง และส่งข้อมูล รง. 506 จากโปรแกรม R 506 ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควบคู่กันกับการ รายงานใน D 506 ตามกำหนด (อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันอังคารหรือพุธ) 3. สสจ. รวบรวมข้อมูลจากศูนย์ระบาดวิทยาทุกอำเภอ ตรวจสอบข้อมูลแก้ไขให้ถูกต้อง จัดส่งให้กองระบาดวิทยาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ทุกสัปดาห์ (อย่างน้อยวันพฤหัสบดี) 		
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฐานข้อมูล D 506 ของกองระบาดวิทยา 2. โปรแกรม R506 ฐานข้อมูลของ สสจ.อุบลราชธานี 3. ทะเบียนบันทึกการรับ – ส่ง รายงาน 506 ของ สสจ.อุบลราชธานี 4. หลักฐานอย่างอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกการส่งรายงาน 506 ของอำเภอ (E8) 		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ความสม่ำเสมอในการ รายงาน	ร้อยละความสม่ำเสมอการส่ง รง. 506 ของศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ มายัง สสจ. อุบลราชธานี $= \frac{\text{จำนวนสัปดาห์ที่ส่งทั้งหมด}}{\text{จำนวนสัปดาห์ในรอบเดือน}} * 100$ (คำนวณคะแนนสะสมเป็นรายเดือน)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ความครอบคลุมของ หน่วยงานที่รายงาน	ร้อยละความครอบคลุมของสถานบริการที่ส่งรายงาน รง. 506 มามายัง สสจ. อุบลราชธานี (คิดเป็นรายอำเภอ) $= \frac{\text{โรงพยาบาล ในอำเภอ}}{\text{จำนวนสถานบริการทั้งหมด (ในอำเภอ)}} * 100$ (คำนวณคะแนนสะสมเป็นรายเดือน)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด จำนวนผู้ป่วยรายเดือน	คุณภาพในการรายงาน รง.506 (100%) = ความสม่ำเสมอการรายงาน (50%) + ความครอบคลุมของสถานบริการรายงานโรค (50%)		



ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ข้อมูลวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567 รอบที่ 2 ข้อมูลวันที่ 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567				
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567					
รอบที่ 1 ข้อมูลวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567					
รอบที่ 2 ข้อมูลวันที่ 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567					
ร้อยละของคุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (รง.506)					
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน				
1 คะแนน	ต่ำกว่าร้อยละ 65				
2 คะแนน	ร้อยละ 65 -74				
3 คะแนน	ร้อยละ 75 -84				
4 คะแนน	ร้อยละ 85 -94				
5 คะแนน	ร้อยละ 95 -100				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2564	2565	2566
คุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง		ร้อยละ	79.5	81	92
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> นายภิรักษ์ รุ่งพัฒนาชัยกุล ตำแหน่ง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 088-581-4568 นายวิโรจน์ เชมรัมย์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692-8 ต่อ 3110-1 โทรศัพท์มือถือ : 090-298-9181 นายประพนธ์ บุญไชย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ : 094-263-1616 นางสาวหทัย อุดมมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ : 093-264-4790 				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	เจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวหทัย อุดมมา และทีมเจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ : 093-264-4790				



ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence		
แผนงานที่ 3	ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยง		
โครงการที่ 3	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ		
ตัวชี้วัดที่ R 17	ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน		
ค่าเป้าหมายปี 2567	ร้อยละ 40		
คำนิยาม	<p>สถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง อาคาร สถานที่หรือบริเวณใดๆ ที่มีใช้ หรือทางสาธารณะที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จและจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่ายโดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือนำไปบริโภคที่อื่นก็ตาม</p> <p>ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด</p> <p>สถานที่จำหน่ายอาหารได้รับอนุญาต/จัดแจ้งประกอบกิจการ มีการลงทะเบียน และประเมินตนเอง บนระบบ foodhandler (http://foodhandler.moph.go.th/) ผู้ประกอบการ หรือผู้สัมผัสอาหาร ผ่านการอบรม บนระบบ foodhandler จัดทำฐานข้อมูลระดับอำเภอ และสรุปผลการประเมินตามกฎหมายกระทรวงฯ 4 หมวดและผลตรวจด้านแบคทีเรีย</p> <p>มีร้านอาหารต้นแบบด้านสุขาภิบาลอาหาร(Clean Food Good Taste Plus)</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	เพื่อยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหารให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานที่จำหน่ายอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบตรวจมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสถานที่จำหน่ายอาหารตามกฎหมายกระทรวงฯ และทะเบียนสถานที่จำหน่ายอาหาร ผู้ประกอบกิจการ ผู้สัมผัสอาหาร บนระบบ foodhandler		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (http://foodhandler.moph.go.th/)		
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน		
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A*100)/B$		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตค.66 – 28 กพ.67) รอบที่ 2 (1 เมย. 66 – 15 สค.67)		



เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รายละเอียดตัวชี้วัด	คะแนน			
	0 คะแนน	0.3 คะแนน	0.5 คะแนน	1 คะแนน
	<10%	10%-19.9%	20%-29.9%	30%+
1.สถานที่จำหน่ายอาหารได้รับ อนุญาต/จัดแจ้งประกอบกิจการ				
2.มีการลงทะเบียน และประเมิน ตนเอง บนระบบ foodhandler				
3.ผู้ประกอบการ หรือผู้สัมผัส อาหาร ผ่านการอบรม บนระบบ foodhandler				
4.จัดทำฐานข้อมูลระดับอำเภอ และ สรุปผลการประเมินตามกฎหมาย กระทรวงฯ 4 หมวด และผลตรวจ ด้านแบคทีเรีย				
5.มีร้านอาหารต้นแบบด้าน สุขาภิบาลอาหาร(Clean Food Good Taste Plus)	ไม่มี	-	-	มี
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายบดินทร์ บุญจันทร์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ โทรศัพท์มือถือ 091-020-4657 2. นางสิริพร แก้วมหาวงศ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 086-648-1889 กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสิริพร แก้วมหาวงศ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 086-648-1889 กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย			

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 3	ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยง
โครงการที่ 3	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 18	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคแบบบูรณาการภายใต้กลไกภาคีเครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร.
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคแบบบูรณาการภายใต้กลไกภาคีเครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร. เป็นการบูรณาการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภายใต้กลไกภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยการส่งต่อข้อมูล ประสานงาน ระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และหน่วยงานภาครัฐ ตลอดจนองค์กรอื่นๆที่มีบทบาทหน้าที่ในการคุ้มครองผู้บริโภค แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การตรวจสอบเฝ้าระวัง การปราบปรามการสร้างเครือข่าย และการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้</p> <p>ภาคีเครือข่าย 4 อ. หมายถึง เครือข่ายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคซึ่งเป็นองค์กรที่มีภารกิจในงานคุ้มครองผู้บริโภค นอกเหนือจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.: อบจ./เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล/อบต.) อย.น้อย, อสม. และองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค</p> <p>องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค หมายถึง องค์กรที่มีการรวมตัวของผู้บริโภคในจังหวัดอุบลราชธานี 10 คนขึ้นไป รวมตัวกันโดยมีวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองผู้บริโภคและไม่แสวงหากำไร ซึ่งเป็นที่ตั้งของ “ศูนย์แจ้งเตือนภัย เฝ้าระวัง รับเรื่องร้องเรียนตำบล” โดยมี รพ.สต. ที่เป็นที่ตั้งขององค์กรฯ เป็นพี่เลี้ยงระดับตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล เป็นพี่เลี้ยงระดับอำเภอ</p> <p>บวร.ร. หมายถึง เครือข่ายแกนนำหลักของชุมชนที่มีส่วนสำคัญมีผลต่อประชาชนในชุมชน ได้แก่ เครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล หรือ รพ.สต. ซึ่งเป็นสถานที่บุคคล หรือหน่วยงานพื้นฐานที่ส่งเสริมให้เกิดความรู้และพฤติกรรมของประชาชน โดยดำเนินกิจกรรมจากข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ปัญหา และบริบทของคนในชุมชน</p> <p>โดยมีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> อปท. ดำเนินการตามกรอบภารกิจที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ภายโอนไวในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 ป 2545 จำนวน 4 ภารกิจ ได้แก่ การผลิตสื่อและหรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและยา, การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภค ด้านความรู้ในการบริโภค, การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคในท้องถิ่น เช่น อสม. อย.น้อย และตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในสถานที่จำหน่ายตามที่ระบุใน พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ. 2522 และ พ.ร.บ.เครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค มีบทบาท 6 ภารกิจหลัก ได้แก่ ตรวจสอบเฝ้าระวัง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพ และโฆษณาด้านสุขภาพอันตราย, เป็นศูนย์แจ้งเตือน



	<p>ภัย ฝ้าระว้าง รับเรื่องร้องเรียนตำบล, แจ้งเตือนภัย, เผยแพร่ความรู้, ประสานหน่วยงานภาครัฐเพื่อดำเนินการตามกฎหมาย และประสานสภาองค์กรผู้บริโภค</p> <p>3. บวร.ร.ส่งเสริมให้เกิดความรู้และพฤติกรรมของประชาชน โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ปัญหา และบริบทของคนในชุมชน เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับความปลอดภัย</p> <p>4. รับเรื่องร้องเรียนในชุมชน ตรวจสอบฝ้าระว้าง แจ้งเบาะแส ประสานงาน และส่งต่อข้อมูล ผลจากการติดตามฝ้าระว้าง ไปยังหน่วยงานภาครัฐ เพื่อจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพ และโฆษณาด้านสุขภาพอันตรายในพื้นที่</p> <p>5. ขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยเชื่อมประสานการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (เครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร.) และหน่วยงานภาครัฐ ตลอดจนหน่วยงาน/องค์กร/คณะทำงานอื่นๆที่มีบทบาทหน้าที่ในการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้เกิดการทำงานที่มีการกิจสอดรับและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่</p> <p>กิจกรรมการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการวัดระดับความสำเร็จ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีเครือข่าย 4 อ. ในพื้นที่ อย่างน้อย 1 เครือข่าย 2. มีเครือข่าย บวร.ร. ในพื้นที่ อย่างน้อย 1 เครือข่าย 3. มีองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค อย่างน้อย อำเภอละ 1 องค์กร 4. มีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคตามภารกิจที่กำหนด อปท. จำนวน 4 ภารกิจ องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 6 ภารกิจ 5. มีการบันทึกผลการดำเนินงาน เครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร. 6. มีการรายงานผลการดำเนินงาน ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงเวลา
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคแบบบูรณาการภายใต้กลไกภาคีเครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร. มีระดับความสำเร็จในการดำเนินงานครบทุกขั้นตอน เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ เกิดการบูรณาการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภายใต้กลไกภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยการส่งต่อข้อมูล ประสานงาน ระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และหน่วยงานภาครัฐ ตลอดจนองค์กรอื่นๆที่มีบทบาทหน้าที่ในการคุ้มครองผู้บริโภค (ความสำเร็จระดับ 5)</p>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>สร้างเครือข่ายการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภายใต้กลไกภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ เครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร.</p>
<p>กลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>- เครือข่าย 4 อ. ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.: อบจ./เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล/อบต.) ออย.น้อย, อสม. และองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค</p> <p>- เครือข่าย บวร.ร. ได้แก่ บ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล หรือ รพ.สต. ซึ่งอาจเป็นสถานที่ บุคคล หรือหน่วยงาน</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>ประเมินกระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ของการดำเนินงาน, รวบรวมรายงาน, หลักฐานเชิงประจักษ์, ลงพื้นที่ตรวจสอบเยี่ยม</p>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>รายงานผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพโดยเครือข่าย 4 อ. และ บวร.ร., รายงานผลการประเมินของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ประเมิน 2 รอบ /ปี</p> <p>ครั้งที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)</p> <p>ครั้งที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)</p>



เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตค. 2566 – 28 กพ. 2567)

รอบที่ 2 (1 เมย. 2567- 15 สค. 2567)

ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเฝ้าระวังการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเฝ้าระวังการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

ความสำเร็จระดับ 1 มีภาคีเครือข่าย 4 อ. ในพื้นที่ อย่างน้อย 1 เครือข่าย (มีเครือข่าย อสม./อย.น้อย/อปท./องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค อย่างใดอย่างหนึ่ง อย่างน้อย 1 เครือข่าย)

ความสำเร็จระดับ 2 มีการกำหนดพื้นที่เป้าหมาย จัดทำแผนการดำเนินงานร่วมกัน ระหว่างเครือข่าย 4 อ. (เครือข่ายใดเครือข่ายหนึ่ง) และ บวร.ร.

ความสำเร็จระดับ 3 มีผลการดำเนินงานเครือข่ายการทำงานคุ้มครองผู้บริโภค บวร.ร. โดยเครือข่าย 4 อ. (เครือข่ายใดเครือข่ายหนึ่ง) อย่างน้อย 1 เครือข่าย

ความสำเร็จระดับ 4 มีผลการดำเนินงานเครือข่ายการทำงานคุ้มครองผู้บริโภค บวร.ร. โดยเครือข่าย 4 อ. (เครือข่ายใดเครือข่ายหนึ่ง) อย่างน้อย 2 เครือข่าย

ความสำเร็จระดับ 5 มีผลการดำเนินงานเครือข่ายการทำงานคุ้มครองผู้บริโภค บวร.ร. โดยเครือข่ายครบถ้วนทั้ง 4 อ.

การประเมินผล ปี 2567

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1
2 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1 +2
3 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1 +2 +3
4 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1 +2 +3 + 4
5 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1 +2 +3 +4 +5
วิธีการประเมินผล	ประเมินเชิงคุณภาพ, ตรวจสอบหลักฐาน ร่องรอยการปฏิบัติงาน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวนันทิกร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ Jutharat.216@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1) นางสาวนันทิกร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ Jutharat.216@gmail.com 2) นางสาวกิตติยาพร ทองไทย ตำแหน่ง เภสัชชำนาญการ เบอร์โทร. 062-239-6656 อีเมลล์ kittiyaporn34000@gmail.com



ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 3	ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยง
โครงการที่ 3	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 19	ระดับความสำเร็จของการพัฒนากลไกการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>1.การพัฒนากลไกและรูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ให้มีประสิทธิภาพโดยดำเนินการใน 3 ด้านดังนี้</p> <p>1) Post marketing Control การดำเนินงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานประกอบการ สถานบริการสุขภาพ ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ในส่วนภูมิภาค เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ใน พระราชบัญญัติที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานส่วนกลาง โดยในการจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานประกอบการ สถานบริการสุขภาพ และโฆษณาด้านสุขภาพ ควรเน้นปัญหาที่มีผลกระทบวงกว้าง เป็นเรื่องแพร่หลายและมีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน</p> <p>2) Consumer empowerment การพัฒนาศักยภาพและการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ การรับบริการในสถานบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และโฆษณาด้านสุขภาพ แก่ผู้บริโภค</p> <p>3) Entrepreneur empowerment พัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ โดยการส่งเสริมผู้ประกอบการเพื่อพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์ ปรับปรุงสถานประกอบการให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด มีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค และมีการโฆษณาที่ถูกต้องให้ข้อมูลครบถ้วน ถูกต้องโดยกลไกหลักในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คือการบังคับใช้กฎหมาย ทำหน้าที่เป็น Regulator และอาศัยอำนาจ ตาบล เป็นเครือข่ายการทำงาน</p> <p>2.การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในระดับอำเภอ โดยใช้กลไกการทำงานของ คปสอ. เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ</p>
เกณฑ์เป้าหมายปี 2567	<p>การดำเนินงานพัฒนากลไกการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ มีระดับความสำเร็จในการดำเนินงานครบทุกขั้นตอน เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ รวมถึงการโฆษณาด้านสุขภาพ และมีความปลอดภัย (ความสำเร็จระดับ 5)</p>
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนากลไกการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพและรูปแบบการดำเนินงาน การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพระดับอำเภอ



กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ จังหวัดอุบลราชธานี ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินกระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ของการดำเนินงาน, รวบรวมรายงาน, หลักฐานเชิงประจักษ์, ลงพื้นที่ตรวจสอบ
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1.แบบสำรวจร้านค้าในงานคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อการเฝ้าระวังและตรวจแนะนำ ปีงบประมาณ 2567 โดย application หอมแดง 2. สรุปผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ปีงบประมาณ 2566 3. แผนปฏิบัติการคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2567 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 4 อ. ได้แก่ อสม., อย.น้อย, อปท. และ องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ 4. รายงานผลการประเมินผลงานการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการคุ้มครองผู้บริโภค ระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2567 5. รายงานผลการดำเนินกิจกรรมคืนข้อมูลแก่ชุมชนและภาคีเครือข่าย 6. สรุปผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ปีงบประมาณ 2567
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) ครั้งที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567 ครั้งที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) ครั้งที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567) ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเฝ้าระวังการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข <u>ความสำเร็จระดับ 1</u> มีคณะทำงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ <u>ความสำเร็จระดับ 2</u> - ทบทวนและจัดทำสรุปผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ปีงบประมาณ 2566 - จัดทำแผนปฏิบัติการคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอปีงบประมาณ 2567 <u>ความสำเร็จระดับ 3</u> ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2567 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 4 อ. ได้แก่ อสม., อย.น้อย, อปท. (อบจ./เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล/อปต.) และ องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ <u>ความสำเร็จระดับ 4</u> ติดตามและประเมินผลงานการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการคุ้มครองผู้บริโภค ระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2567 และรายงานให้จังหวัดทราบ <u>ความสำเร็จระดับ 5</u> สรุปผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ปีงบประมาณ 2567 คืนข้อมูลแก่ชุมชนและภาคีเครือข่าย	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1
2 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2
3 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3
4 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3+4
5 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3+4+5
วิธีการประเมินผล	ประเมินเชิงคุณภาพ, ตรวจสอบหลักฐาน ร่องรอยการปฏิบัติงาน



ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวนันท์ทิกร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ Jutharat.216@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1) นางสาวนันท์ทิกร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ Jutharat.216@gmail.com 2) นางสาวกิตติยาพร ทองไทย ตำแหน่ง เภสัชชำนาญการ เบอร์โทร. 062-239-6656 อีเมลล์ kittiyaporn34000@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 3	ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยง
โครงการที่ 3	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 20	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร เป็นการปฏิบัติงานในการจัดการด้านอาหารให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ที่อยู่ในความรับผิดชอบ มีการดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งจะส่งผลโดยตรงให้อาหารปลอดภัย</p> <p>โดยมีกิจกรรมการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการวัดระดับความสำเร็จ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ และจัดทำแผนปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร กำหนดเป้าหมายการสุ่มเก็บตัวอย่างวัตถุดิบอาหาร มาตรฐานสถานที่ผลิต แหล่งจำหน่าย ของอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เพื่อป้องกัน แก้ไขปัญหา ความไม่ปลอดภัยด้านอาหาร 2. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหารของอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ดังกล่าวได้แล้วเสร็จครบถ้วนร้อยละ 100 3. ผลการตรวจประเมินสารปนเปื้อนในอาหาร สถานที่ผลิตอาหาร และผลิตภัณฑ์อาหาร ณ แหล่งจำหน่าย ตามแผนการตรวจสอบของอำเภอ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 สารปนเปื้อนในวัตถุดิบอาหาร ณ สถานที่ประกอบการห้องเย็น แผงจำหน่ายในตลาดสด ร้านอาหาร (ร้านเนื้อย่าง ร้านแจ่วฮ้อน) ผ่านเกณฑ์



	<p>ความปลอดภัยร้อยละ 80</p> <p>3.2 สถานที่ผลิตอาหารผ่านหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100</p> <p>3.3 ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป ณ แหล่งจำหน่าย ได้รับอนุญาตเลขสารบบอาหารร้อยละ 80</p> <p>4. สรุปผลการดำเนินงานเกี่ยวกับแหล่งที่มาของอาหารที่ไม่ปลอดภัย และมาตรการ/ กิจกรรมที่ได้มีการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงแก้ไข</p> <p>5. จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหารของอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยระบุปัจจัยสนับสนุน ร้อยละของผลการดำเนินงานจากการตรวจประเมินสารปนเปื้อนในอาหาร/ สถานที่ผลิต/ ผลิตภัณฑ์อาหาร ณ แหล่งจำหน่าย ข้อมูลแสดงแหล่งที่มาของอาหารไม่ปลอดภัย มาตรการแก้ไขปัญหาดังกล่าว อุปสรรคในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแผนปฏิบัติการ สำหรับการดำเนินงานของอำเภอในปีถัดไป</p> <p>ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2567</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมายปี 2567</p> <p>มีการดำเนินงานระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร ทุกอำเภอ</p>	
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ที่อยู่ในความรับผิดชอบ มีการดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และประชาชนได้รับความปลอดภัยจากการบริโภค</p>
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<ul style="list-style-type: none"> • วัตถุประสงค์อาหาร ณ สถานที่ประกอบการท่องเที่ยว แผงจำหน่ายในตลาดสด ร้านอาหาร (ร้านเนื้อย่าง ร้านแจ่วฮ้อน) • สถานที่ผลิตอาหารแปรรูป • ผลิตภัณฑ์อาหาร ณ ร้านจำหน่าย (แหล่งท่องเที่ยว)
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>ประเมินกระบวนการทำงาน ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน และการรายงานผลการดำเนินงาน</p>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>รายงานผลการประเมินของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>รอบที่ 1 (1 ตค.66 – 28 กพ.67)</p> <p>รอบที่ 2 (1 เมย. 66 – 15 สค.67)</p>
<p>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</p> <p>รอบที่ 1 (1 ตค.66 – 28 กพ.67)</p> <p>รอบที่ 2 (1 เมย. 66 – 15 สค.67)</p> <p>ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร</p> <p><i>ความสำเร็จระดับ 1</i> มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและจัดทำแผนปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหารของอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567</p> <p><i>ความสำเร็จระดับ 2</i> ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหารของอำเภอ</p> <p><i>ความสำเร็จระดับ 3</i> ผลการตรวจประเมินสารปนเปื้อนในอาหาร สถานที่ผลิตอาหาร และผลิตภัณฑ์อาหาร ณ แหล่งจำหน่าย ตามแผนการตรวจสอบของอำเภอ</p> <p><i>ความสำเร็จระดับ 4</i> สรุปผลการดำเนินงานเกี่ยวกับแหล่งที่มาของอาหารที่ไม่ปลอดภัย และมาตรการ/ กิจกรรมที่ได้มีการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงแก้ไข</p>	



ความสำเร็จระดับ 5 จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหารของอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1
2 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2
3 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3
4 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3+4
5 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3+4+5
วิธีการประเมินผล	ประเมินเชิงคุณภาพ, ตรวจสอบหลักฐาน ร่องรอยการปฏิบัติงาน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวนันทิกร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ Jutharat.216@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางณัฐธินิชา แสนทวีสุข ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ เบอร์โทร 089-624-9751 อีเมลล์ foodubon2022@gmail.com



ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence		
แผนงานที่ 4	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม		
โครงการที่ 1	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม		
ตัวชี้วัดที่ R 21	ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน นโยบายเมืองสุขภาพดี Healthy City		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน		
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5		
คำนิยาม	เมืองสุขภาพดี (Healthy City) หมายถึง เมืองที่มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ และสังคมอย่างต่อเนื่อง และขยายฐานทรัพยากรชุมชนด้วยการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ในการดำรงชีวิต และช่วยให้ประชาชนมีศักยภาพสูงสุดในการดำรงชีวิต ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ Healthy Environments (สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ) Healthy Settings (สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ) และ Healthy People (ประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี) ประกอบด้วย 18 ประเด็น 22 ตัวชี้วัด โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อให้เกิดการยกระดับเมืองที่เอื้อให้ประชาชนมีสุขภาพดี สร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ดังรายละเอียดในตาราง		
	สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environments)	สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Settings)	ประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี (Healthy People)
	<ol style="list-style-type: none"> 1. นโยบายหรือแผนพัฒนาท้องถิ่น ด้านสิ่งแวดล้อม 2. พื้นที่สาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 3. การจัดการมูลฝอย และสิ่งปฏิกูล 4. การจัดการน้ำบริโภค 5. การจัดการเรื่องร้องเรียน และเหตุรำคาญ 6. คุณภาพอากาศ 7. สาธารณภัย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. บ้านพักอาศัย 2. ตลาด 3. ร้านอาหาร 4. ส้วมสาธารณะ 5. ศาสนสถาน 6. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 7. สถานศึกษา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย 2. การรวมกลุ่มทางสังคม 3. การสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพ 4. ประชาชนสุขภาพดีทุกกลุ่มวัย
	แนวทางการวัดระดับเมืองสุขภาพดี :		
ระดับทองแดง	ผ่านตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (16 ข้อ จาก 19 ข้อ)		
ระดับเงิน	ผ่านตัวชี้วัดระดับดี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (16 ข้อ จาก 19 ข้อ)		
ระดับทอง	ผ่านตัวชี้วัด ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (18 ข้อ จาก 22 ข้อ)		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569
	เทศบาลนครและเทศบาลเมืองทุกแห่งผ่านเกณฑ์	เทศบาลตำบล/อบต. อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่งผ่านเกณฑ์	เทศบาลตำบล/อบต. อย่างน้อยอำเภอละ 2 แห่งผ่านเกณฑ์
วัตถุประสงค์	1. เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาสู่ความเท่าเทียมด้านสุขภาพของประชาชน		



	2. เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3. เพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Supportive Environment) ด้วยการบูรณาการแบบองค์รวม		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอุบลราชธานี (239 แห่ง)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตามแบบประเมินมาตรฐานเมืองสุขภาพดี (Healthy City) และผลการประเมินจากคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด/ระดับเขต		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านเกณฑ์		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A*100)/B$		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน		
การติดตามรายไตรมาส			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1. ประเมินตนเอง 2. ทำแผนพัฒนาส่วน ขาดและดำเนินการ ตามแผน	3. ดำเนินการพัฒนา ส่วนขาด	4. เตรียมรับการประเมิน ก่อนประเมินจริง	5. ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ที่กำหนด
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567 วิธีการประเมินผล (5 คะแนน) รอบที่ 1 (1 ต.ค.66 – 28 กพ.67) รอบที่ 2 (1 เมย.67 – 15 สค.67)			
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน		
0.5 คะแนน	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งใบสมัครและแบบประเมินตนเองตามมาตรฐานเมืองสุขภาพดี (Healthy City) อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง		
0.5 คะแนน	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขอรับประเมินตามมาตรฐานเมืองสุขภาพดี (Healthy City) อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง		
2 คะแนน	ผ่านการประเมินระดับทองแดง		
1 คะแนน	ผ่านการประเมินระดับเงิน		
1 คะแนน	ผ่านการประเมินระดับทอง		
วิธีการประเมิน:	ประเมินตามมาตรฐาน เมืองสุขภาพดี (Healthy City) และผลการประเมินจากคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด/ระดับเขต		
เอกสารสนับสนุน	1. คู่มือการดำเนินงานสู่เมืองสุขภาพดี ประจำปีงบประมาณ 2567 2. แบบประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ 3. แบบประเมินศาสนสถาน 4. แบบประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์		



	<p>5. แบบประเมินการจัดการและตรวจสอบคุณภาพตู้น้ำหยอดเหรียญ</p> <p>6. คู่มือโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล</p> <p>7. คู่มือแนวทางการออกคำสั่งทางปกครอง</p> <p>8. คู่มือการปฏิบัติงานควบคุมกิจการ</p> <p>9. เกณฑ์มาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ วิธีใหม่</p>
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>หัวหน้ากลุ่มงาน นายบดีรินทร์ บุญจันทร์</p> <p>Tel. 091-020-4657</p>
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด</p> <p>1.ชื่อ - สกุล นางสาวทฤตมน ทองเรือง</p> <p>ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>Tel. 091-013-6493</p> <p>ID Line : Toytotallnine9</p> <p>E-mail : totalnine@gmail.com</p>

ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 4	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่ 1	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ตัวชี้วัดที่ R 22	การพัฒนาสถานบริการสุขภาพตามมาตรฐาน EMS :(Environment Modernized Smart Service)
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 22.1	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ร้อยละ 60
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลมีกระบวนการพัฒนามีสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้อึดต่อการมีสุขภาพดีแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้รับบริการ ญาติ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล</p> <p>กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย การกำหนดนโยบาย จัดทำ แผนการขับเคลื่อนพัฒนา ศักยภาพ และสร้าง กระบวนการสื่อสารให้เกิด การพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital Challenge อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</p> <p>C: Communication L: Leader E: Effectiveness A: Activity N: Network ตาม</p>



<p>เกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง มีการสร้างนวัตกรรมด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม และขยายสู่ชุมชน เป็น Green Community</p> <p>การพัฒนาในระดับ GREEN&CLEAN Hospital Challenge หมายถึง คะแนนในการดำเนินงานเต็ม 270 คะแนน แบ่งการประเมินเป็น</p> <p>1.ระดับมาตรฐาน (Standard) CLEAN + GREEN (13 ข้อ) 220 (80%) 176 ขึ้นไป ต้องมีผลการดำเนินงานแต่ละหมวด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80</p> <p>2.ระดับดีเยี่ยม (Excellent) CLEAN + GREEN + Innovation + Network (15 ข้อ) 270 (90%) 243 ขึ้นไป ประเด็นงานที่ต้องดำเนินการตาม กฎหมายต้องผ่านการดำเนินงานทั้งหมด</p> <p>3.ระดับท้าทาย (Challenge) ประกอบด้วย 4 ประเด็น โรงพยาบาลเลือกประเด็น ดังนี้</p> <p>3.1 Low Carbon and Climate Resilient Health Care</p> <p>3.2 มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลระดับดีขึ้นไป (Environment)</p> <p>3.3 การจัดการพลังงานในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (Energy)</p> <p>3.4 การจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาล (Garbage)</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 30 (8 แห่ง)	ร้อยละ 60 (18 แห่ง)	ร้อยละ 80 (24 แห่ง)	ร้อยละ 100 (29 แห่ง)
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมและยกระดับให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ GREEN&CLEAN Hospital Challenge เป็นไปตามกฎหมาย มาตรฐานวิชาการ และยกระดับการพัฒนาต่อยอดสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง (29 แห่ง)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตามแบบประเมินมาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge และผลการประเมินจากคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B*100$		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 เดือน /รอบ 12 เดือน		
การติดตามรายไตรมาส			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1.ประเมินตนเอง 2.ทำแผนพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital Challenge และดำเนินการตามแผน	3.ดำเนินงานตามแผน ต่อเนื่องและรับการ ประเมิน 4.พัฒนา/ปรับปรุงแก้ไข ตามส่วนขาดอย่างต่อเนื่อง	5.ผ่านเกณฑ์ตาม เป้าหมายที่กำหนด	6.ประเมินรอบที่ 2 ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 60



เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

(คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
0.5 คะแนน	มีแผนพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital Challenge
0.5 คะแนน	มีผลการประเมินตนเอง GREEN&CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป
0.5 คะแนน	ขอรับการตรวจประเมิน GREEN&CLEAN Hospital Challenge
3 คะแนน	ผ่านการประเมินระดับมาตรฐานขึ้นไป
0.5 คะแนน	ผ่านการประเมินระดับท้าทาย

เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge (GCHC) สำหรับโรงพยาบาล แนวทางการจัดการมูลฝอยทุกประเภท แนวทางการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานและการจัดการสิ่งปฏิกูล แนวทางการจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร แนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย คู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานพยาบาล การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN
----------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ร้อยละ		-	-	65.5

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายบัณฑิต บุญจันทร์ (หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย) โทร. 091-0204-657
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล นางปิยะนุช คันทร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ Tel. 094-562-4651 อีเมลล์ Oil_1728@hotmail.com



ตัวชี้วัดย่อยที่ R 22.2	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ร้อยละ 50
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีกระบวนการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้รับบริการ ญาติ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยมุ่งส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการดำเนินงานที่เป็น มิตรกับสิ่งแวดล้อม เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ชุมชน</p> <p>ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินนี้แบ่งออกเป็น 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 การส่งเสริมด้านอาหารและน้ำปลอดภัยและปลอดภัยและเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับชุมชน (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 และมีคะแนนรวม 95 คะแนนขึ้นไป และ ดำเนินการตามหมวด 7</p> <p>*กรณีที่มี ผลการประเมินแต่ละหมวดไม่ถึงร้อยละ 80 และคะแนนไม่ถึง 80 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่านการประเมิน</p>



เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 50 (131 แห่ง)	ร้อยละ 80 (212 แห่ง)	ร้อยละ 95 (250 แห่ง)	-
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการดำเนินงานที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและเกิดการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นมาตรฐานเดียวกัน เชื่อมต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว สอดคล้องกับการขยายผลการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข ตามโครงการ GREEN&CLEAN Hospital สู่วิทยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความตระหนักและลดมลพิษเกี่ยวกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชน และสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ชุมชน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยังไม่ถ่ายโอนจำนวน 262 แห่งจากทั้งหมด 317 แห่ง		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบประเมินตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) และผลการประเมินจากคณะกรรมการระดับจังหวัด		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด(ที่ยังไม่ถ่ายโอน)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 เดือน /รอบ 12 เดือน		
การติดตามรายไตรมาส			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1.ประเมินตนเอง 2.ทำแผนพัฒนา GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) และดำเนินการตามแผน	3.ดำเนินงานตามแผน ต่อเนื่องและรับการประเมิน 4.พัฒนา/ปรับปรุงแก้ไขตาม ส่วนขาดอย่างต่อเนื่อง	5.ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่ กำหนด	6.ประเมินรอบที่ 2 ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 50
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567 วิธีการประเมินผล (5 คะแนน)			
รอบที่ 1 (1 ต.ค. 66 – 28 กพ.67)			
รอบที่ 2 (1 เม.ย. 67 – 15 ส.ค.67)			
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน		
0.5 คะแนน	มีการสื่อสารหรือประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานภายในองค์กรและสรุปรายงานการประชุม		
0.5 คะแนน	มีแผนพัฒนา GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh)		
0.5 คะแนน	มีผลการประเมินตนเอง GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป		
1 คะแนน	ขอรับการตรวจประเมิน GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh)		



2.5 คะแนน	ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านการประเมินระดับมาตรฐานขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 50			
	- มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 = <u>2.5 คะแนน</u>			
	- ผ่านร้อยละ 30 - 49 = <u>1.5 คะแนน</u>			
	- ผ่านร้อยละ 10 - 29 = <u>1 คะแนน</u>			
	- ผ่านต่ำกว่าร้อยละ 9 = <u>0 คะแนน</u>			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ผลการประเมินผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	-	-	30
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย นายบัณฑิต บุญจันทร์ โทร. 091-020-4657			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางปิยะนุช คันสร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทร 094-562-4651 อีเมลล์ Oil_1728@hotmail.com			



ยุทธศาสตร์ที่ 2

Service Excellence Strategy

(บริการเป็นเลิศ)



ยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 5	พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ตัวชี้วัดที่ R 23	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562</p> <p>เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รวมตัวกัน และขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562</p> <p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU รพ.)</p> <p>มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง การพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่กำหนด ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้</p> <p><u>ส่วนที่ 1</u> ด้านบริหารจัดการ</p> <p><u>ส่วนที่ 2</u> ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ</p> <p><u>ส่วนที่ 3</u> ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม</p> <p><u>ส่วนที่ 4</u> ด้านระบบสารสนเทศ</p> <p><u>ส่วนที่ 5</u> ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p><u>ส่วนที่ 6</u> ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข</p> <p><u>ส่วนที่ 7</u> ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค</p> <p><u>ส่วนที่ 8</u> 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 โดยรักษาภาพ 3 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>

เกณฑ์เป้าหมาย

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์คุณภาพ

กระบวนการ	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
Accreditation (สะสม)	ร้อยละ 30	ร้อยละ 75	ร้อยละ 85	ร้อยละ 100

มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบสะสม ร้อยละ 85

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้มีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งในจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล, <ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) - เขตสุขภาพ ตรวจสอบและส่งผลการประเมินผ่านโปรแกรมมายังสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผ่านระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประเมินตนเอง, ประเมินและรับรองผลโดยทีมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานจากระบบทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (GIS Health/PCU)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ฐานตั้งต้น 2567 = A - B C = (A - B)
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 - 4

การติดตามรายไตรมาส ปี 2567			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน (Kick off) ระดับประเทศ 2. อบรมเชิงปฏิบัติการ คณะทำงานพัฒนาและ ประเมินคุณภาพ มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระดับเขตสุขภาพ (ครู ก) จำนวน 1 ครั้ง/ปี 3. มีคู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2566 4. หน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. ประเมินตนเอง พร้อมบันทึกข้อมูลในระบบ ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)	1. อบรมเชิงปฏิบัติการ คณะทำงานพัฒนาและประเมิน คุณภาพมาตรฐานระดับจังหวัด (ครู ข) อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 ครั้ง และระดับอำเภอ อย่างน้อยจังหวัด ละ 1 ครั้ง 2. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนา และประเมินคุณภาพ มาตรฐานฯ ระดับจังหวัด 1 ทีม/จังหวัด ระดับอำเภอ 1 ทีม/อำเภอ 3. มีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอเพื่อ พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ และ รพ.สต. ทุกแห่ง ร้อยละ 100 4. สสอ./สสจ. ตรวจสอบข้อมูล การบันทึกการประเมินตนเอง ของ หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ และรพ.สต. ในโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu เพื่อวางแผนการ พัฒนา	1. หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ และ รพ.สต. (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) ได้รับความ พัฒนาโดยทีมพี่เลี้ยง ระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด 2. คณะกรรมการประเมินระดับ อำเภอ ประเมิน 3. คณะกรรมการประเมินระดับ จังหวัด ประเมินและรับรองผล 4. คณะกรรมการประเมินระดับ เขต ประเมินรับรองผลและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในภาพของ จังหวัด 5. สสอ./สสจ./เขต ตรวจสอบข้อมูล ส่งผลการประเมินมายังสำนัก สนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) ผ่านโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu	หน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ มาตรฐานบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ สะสมร้อยละ 85

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

ขั้นตอน	เกณฑ์ประเมิน
ขั้นที่ 1	1. รับทราบนโยบายการดำเนินงานและมีถ่ายทอดนโยบายแก่หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมายการพัฒนาตนเองตามคู่มือ คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2566 2. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและกำหนดพื้นที่เป้าหมายในระดับอำเภอ 3. คำสั่งแต่งตั้งทีมขับเคลื่อนพัฒนางานและทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ



ขั้นที่ 2	1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป้าหมายดำเนินการพัฒนาตนเองตามเกณฑ์ 2. มีการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ครบทุกแห่ง และกรอกข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ (GIS-Health)
ขั้นที่ 4	1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรวจสอบและแก้ไข, 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบและแก้ไข
ขั้นที่ 5	1. ทีมประเมินระดับจังหวัดออกประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย 2. ดำเนินการครบถ้วนและหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 85 (ของแต่ละอำเภอ)

การประเมินผล

ขั้นที่	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5
1 คะแนน	✓				
2 คะแนน	✓	✓			
3 คะแนน	✓	✓	✓		
4 คะแนน	✓	✓	✓	✓	
5 คะแนน	✓	✓	✓	✓	✓

วิธีการประเมินผล:	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขตสุขภาพ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายยศชน ทองมูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร. 089 – 722-8810 E-mail : Qsubonssj08@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวโสมนัสสา โสคำภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 082 – 371-4687 E-mail : Qsubonssj08@gmail.com 2. นายภูริภัทร บรรจง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร. 062 – 889-2941 E-mail : Qsubonssj08@gmail.com



ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence										
แผนงานที่ 5	พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ										
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ										
ตัวชี้วัดที่ R 24	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Health Station										
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน										
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5 1.ดำเนินการ Health Station ทุกหมู่บ้าน/ ชุมชน (ระดับพื้นฐาน) 2.ดำเนินการ Health Station ต้นแบบ ตำบลละ 1 แห่ง (ระดับดี) 3.ดำเนินการ Health Station ต้นแบบ อำเภอละ 1 แห่ง (ระดับดีเยี่ยม)										
คำนิยาม	สถานีสภาพในชุมชน (Health Station) หมายถึง 1) จุดบริการงานสาธารณสุขมูลฐาน 14 กิจกรรม โดยเริ่มจากจุดคัดกรองสุขภาพของตนเองในชุมชน คัดกรองสุขภาพของกลุ่มปกติ เสี่ยง สงสัยป่วย กลุ่มป่วย และส่งต่อกลุ่มป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา 2) ศูนย์การพัฒนาสุขภาพชุมชน การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) ศูนย์พัฒนาศักยภาพ อสม. และภาคีเครือข่ายสุขภาพประชาชน เชื่อมต่อข้อมูลกับสถานบริการสุขภาพของรัฐ ด้วยเทคโนโลยี ดิจิทัล และมีการจัดสภาพแวดล้อมตามบริบทของพื้นที่ ให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ สะอาด ปลอดภัย ด้วยอุปกรณ์ที่จำเป็น ทันสมัย ด้วยความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ และภาคีเครือข่าย หรืออีกชื่อหนึ่งเรียกว่า ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน (ศสมช.) ซึ่งมีการจัด ศสมช. ตามเกณฑ์มาตรฐาน ศสมช. 5 หมวด ดังนี้ 1.การบริหารจัดการ 2.การจัดอัตรากำลังและพัฒนาบุคลากร 3.ยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ 4.การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน 5.การสร้างการมีส่วนร่วมและการจัดการสุขภาพชุมชน										
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 2567</th> <th>ปีงบประมาณ 2568</th> <th>ปีงบประมาณ 2569</th> <th>ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน ร้อยละ 70</td> <td>ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน ร้อยละ 75</td> <td>ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน ร้อยละ 85</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน ร้อยละ 70	ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน ร้อยละ 75	ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน ร้อยละ 85	-
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570								
ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน ร้อยละ 70	ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน ร้อยละ 75	ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน ร้อยละ 85	-								
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนา Health Station ทุกหมู่บ้าน/ ชุมชน ให้ผ่านตามเกณฑ์										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ดำเนินการ Health Station ทุกหมู่บ้าน/ ชุมชน (ระดับพื้นฐาน ผ่าน 15 ข้อ) 2. ดำเนินการ Health Station ต้นแบบ ตำบล ละ 1 แห่ง (ระดับดี ผ่าน 25 ข้อ) 3. ดำเนินการ Health Station ต้นแบบ อำเภอ ละ 1 แห่ง (ระดับดีเยี่ยม ผ่าน 30 ข้อ)										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลงานรายไตรมาส										



แหล่งข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงาน Health Station จากทุกหมู่บ้าน/ชุมชน/ ตำบล/ อำเภอ
รายการข้อมูล 1	A =จำนวน Health Station จากทุกหมู่บ้าน/ชุมชน/ ตำบล/ อำเภอ ที่มีผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จ ระดับ 5 คะแนน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน Health Station จากทุกหมู่บ้าน/ชุมชน ทุกแห่ง
รายการข้อมูล 3	C = จำนวน Health Station ระดับ อำเภอ ที่มีผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จ ระดับ 5 คะแนน
รายการข้อมูล 4	D = จำนวน Health Station จากทุกหมู่บ้าน/ชุมชน ทุกแห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	1.จำนวน Health Station ผ่านเกณฑ์ = $(A/B) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	2.จำนวน Health Station ระดับ อำเภอ ดีเยี่ยม = $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

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

สูตรคิดคะแนนรายหมวด = คะแนนรวมรายข้อที่ได้ / คะแนนเต็มรวมรายหมวด

นำคะแนนรายหมวดที่ได้รวมกัน = (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
ข้อที่ 1	<p><u>หมวดที่ 1 : การบริหารจัดการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) (ข้อละ 1 คะแนน)</u></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 มีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้ประชาชนได้รับรู้ มีการเก็บบันทึกข้อมูลพื้นฐานชุมชน เช่น แผนที่ชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชน ข้อมูลประชากร ข้อมูลสุขภาพของชุมชน ข้อมูลประวัติผู้มารับบริการลงสมุดบันทึก
ข้อที่ 2	<p><u>หมวดที่ 2 : การจัดอัตรากำลัง และการพัฒนาบุคลากร (ข้อละ 1 คะแนน)</u></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, การใช้แอปพลิเคชัน ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ สมาร์ท อสม. เป็นต้น มีการใช้คู่มือ หรือแนวทางปฏิบัติทางวิชาการในการให้บริการสุขภาพ มีการบันทึกผลการให้บริการ จัดทำรายงานและสามารถสืบค้นได้



ข้อที่ 3	<p>หมวดที่ 3 : การใช้ยา เวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือ (ข้อละ 1 คะแนน)</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. มีการจัดเตรียมยา เวชภัณฑ์ที่จำเป็นไว้ใน ศสมช. เพื่อให้บริการ และสามารถใช้งานได้ อย่างถูกต้อง 12. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา 13. เทอร์โมสแกน/ พรอทวัดไข้ พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา 14. เครื่องชั่งน้ำหนัก และสายวัดรอบเอว พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา 15. ที่เจาะเลือดปลายนิ้ว พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา
ข้อที่ 4	<p>หมวดที่ 4 : การจัดการบริการสาธารณสุขมูลฐาน ตามประเด็น 14 กิจกรรมหลัก หรือตามสภาพ ปัญหาและตามความต้องการของพื้นที่ (ข้อละ 1 คะแนน)</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. การปฐมพยาบาล รักษาพยาบาลเบื้องต้น 17. การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน 18. การให้สุขศึกษา และองค์ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน 19. การคัดกรองสุขภาพประชาชน 35 ปีขึ้นไป การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับทีมหมอครอบครัวและเครือข่าย 20. การบริการภูมิปัญญาไทย สมุนไพร การให้ความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์การใช้ยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา
ข้อที่ 5	<p>หมวดที่ 5 : การสร้างการมีส่วนร่วมและการจัดการสุขภาพชุมชน (ข้อละ 1 คะแนน)</p> <ol style="list-style-type: none"> 21. มีการนำข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนในชุมชน การให้บริการสุขภาพใน ศสมช. และอื่นๆ ไปใช้ในการวางแผนด้านสุขภาพ 22. มีการใช้ ศสมช. เป็นศูนย์ปฏิบัติการ ประชุมวางแผนการพัฒนาด้านสุขภาพ 23. มีแผนพัฒนาสุขภาพ/แก้ไขปัญหาสุขภาพ พร้อมทั้งจัดกิจกรรมรณรงค์แก้ไขปัญหาสุขภาพ ตามปฏิทินสาธารณสุขชุมชน 24. มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นแหล่งเรียนรู้ในชุมชน 25. มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของ ศสมช. 26. มีระบบฐานข้อมูลออนไลน์ สามารถสืบค้นได้ 27. มีการบูรณาการกับ พชอ. 28. มีการยกระดับขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพชุมชน (สมัชชา/ ธรรมนูญ) 29. มีนวัตกรรม/ โครงการเด่น/ งานวิชาการเด่น/ ที่เชื่อมการแก้ไขปัญหในพื้นที่ 30. มีการขยายผลการดำเนินไปสู่พื้นที่อื่น ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เครือข่าย
เอกสารสนับสนุน/ แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1.เกณฑ์มาตรฐาน ศสมช. 5 หมวด 2.แหล่งข้อมูลเว็บไซต์ ออนไลน์
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>นายยศน ทองมูล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 08 9722 8810 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 E-mail : p_thongmoon@yahoo.com</p>
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>



ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นายวิจิต พุ่มจันทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ: 06 3023 9456 E-mail.com : theppum4@gmail.com Line ID : 06 3023 9456
-----------------------------	--

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 5	พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่ 2	โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพและ อสม.
ตัวชี้วัดที่ R 25	ระดับความสำเร็จของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยมีหลายหมู่บ้านรวมกัน ตามมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติ ลักษณะปกครองท้องที่ พุทธศักราช 2547</p> <p>ชุมชนเป้าหมาย หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ และโรงเรียนสุขบัญญัติฯ ซึ่งกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 219 ตำบล</p> <p>การจัดการสุขภาพ หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ตามประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ด้วยกระบวนการ TPAR ประกอบด้วย สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result) โดยใช้รูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ ขับเคลื่อนผ่านทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชน</p> <p>ทีมเครือข่ายสุขภาพ หมายถึง ทีมภาคีเครือข่ายที่ร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย รพ.สต. อบต. โรงเรียน แกนนำสุขภาพ (อสม./ยุว อสม.) และเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง</p> <p>พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน หมายถึง จังหวัดอุบลราชธานี มีตำบล 219 ตำบล มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามกระบวนการ TPAR โดยมีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ ระดับพัฒนาขึ้นไป ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40 ในตำบล</p>



เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 80 (176 ตำบล)	ร้อยละ 90 (198 ตำบล)	ร้อยละ 90 (198 ตำบล)	-
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ชุมชนเป็นฐานในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตำบลที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพประชาชน จำนวน 219 ตำบล		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การรายงานผลการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2. การประเมินชุมชนจัดการสุขภาพ จากระบบ Health Gate		
แหล่งข้อมูล	ระบบการประเมินการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate (healthgate.hss.moph.go.th)		
รายการข้อมูล 1	A = ตำบลที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด		
รายการข้อมูล 2	B = ตำบลเป้าหมายทั้งหมด (219 ตำบล)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2567		
แนวทางประเมินการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน (TPAR)			
<p>1. T (TEAM) มีการสร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคท้องถิ่น</p> <p>2. P (PLAN) มีการจัดทำแผนการดำเนินงานสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน ทั้งในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ ตามบริบทของตำบล และมีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี</p> <p>3. A (ACTIVITY) มีกิจกรรมที่ดำเนินการสอดคล้องกับสภาพปัญหาของชุมชน หมู่บ้านและโรงเรียน ประกอบด้วย มีกิจกรรมการเรียนรู้ ฝึกทักษะสุขภาพที่จำเป็น และจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหา หรือตามบริบทของตำบล โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ</p> <p>4. R (RESULT) มีผลลัพธ์ที่ชัดเจนตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยใช้รูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ประกอบด้วย การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีบุคคลต้นแบบ และมีนวัตกรรมสุขภาพ</p> <p>ปี 2567 เป้าหมาย 219 ตำบล ร้อยละชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน</p>			
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567			
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)			
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)			
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน		
1 คะแนน	1. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน 2. มีแผนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ และกำหนดเป้าหมายประเด็นที่เป็นปัญหาสุขภาพ อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง		



2 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน 2. มีแผนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ และกำหนดเป้าหมายประเด็นที่เป็นปัญหาสุขภาพอย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง 3. มีแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ 4. มีทีมพี่เลี้ยงแกนนำเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และตำบล 5. มีการพัฒนาศักยภาพนักจัดการความรู้ด้านสุขภาพระดับอำเภอ
3 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน 2. มีแผนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ และกำหนดเป้าหมายประเด็นที่เป็นปัญหาสุขภาพอย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง 3. มีแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ 4. มีทีมพี่เลี้ยงแกนนำเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และตำบล 5. มีการพัฒนาศักยภาพนักจัดการความรู้ด้านสุขภาพระดับอำเภอ และระดับตำบล 6. ชุมชนดำเนินงานจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และประเมินชุมชนจัดการสุขภาพในโปรแกรม Health Gate ร้อยละ 40
4 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน 2. มีแผนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ และกำหนดเป้าหมายประเด็นที่เป็นปัญหาสุขภาพอย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง 3. มีแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ 4. มีทีมพี่เลี้ยงแกนนำเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และตำบล 5. มีการพัฒนาศักยภาพนักจัดการความรู้ด้านสุขภาพระดับอำเภอ และระดับตำบล 6. ชุมชนดำเนินงานจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และประเมินชุมชนจัดการสุขภาพในโปรแกรม Health Gate ร้อยละ 70
5 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน 2. มีแผนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ และกำหนดเป้าหมายประเด็นที่เป็นปัญหาสุขภาพอย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง 3. มีแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ 4. มีทีมพี่เลี้ยงแกนนำเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และตำบล 5. มีการพัฒนาศักยภาพนักจัดการความรู้ด้านสุขภาพระดับอำเภอ และระดับตำบล 6. ประชาชนกลุ่มวัยเรียน (อายุ 7-14 ปี) และประชาชนกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15 ปีขึ้นไป) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพอใช้ ร้อยละ 80 7. ชุมชนดำเนินงานจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และประเมินชุมชนจัดการสุขภาพในโปรแกรม Health Gate ร้อยละ 80
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยใช้แบบประเมินชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ 2. หลักสูตรการพัฒนาเครือข่ายชุมชน 3. ฐานข้อมูลจากระบบการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ร้อยละชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	ร้อยละ	-	-	ร้อยละ 18.98 (1,377 ตำบลจากฐานตำบลทั้งหมด 7,255 ตำบล) ระดับประเทศ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายยศชน ทองมูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร. 089 – 722-8810 E-mail : Qsubonssj08@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1. นายวิษณุ สุภคร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801 ต่อ 331 โทรศัพท์มือถือ : 081-547-8735 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : sm12pop@gmail.com 2. นางเพ็ญพิไล ชื่อสัตย์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801 ต่อ 331 โทรศัพท์มือถือ : 083-127-1459 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : suesat7177@gmail.com			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 9	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ
ตัวชี้วัดที่ R 26	ระดับความสำเร็จในการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเวลาที่กำหนด
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction) การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง 1) ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ 2) ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล



	<p>ระดับความสำเร็จในการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเวลาที่กำหนด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา (จำนวนผู้ป่วยSTEMI เข้าระบบSTEMI FAST TRACK $\geq 50\%$) 2. มีระบบ STEMI fast tract และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ 3. มีการทบทวน CPG ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และนำมาใช้ 4. สามารถให้ยา Streptokinase(SK)ในผู้ป่วย STEMI ได้ภายในเวลา 30นาทีนับตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยSTEMI (ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด) 5.สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล (ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด) 			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	\geq ร้อยละ 60	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษานผู้ป่วย STEMI			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งการรักษที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (1)	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด $= (A/B) \times 100$			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (2)	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด $= (C/D) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
วิธีการประเมินผล :	รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDCหรือโปรแกรม Smart UBON STEMI			

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

ระดับความสำเร็จระดับความสำเร็จในการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเวลาที่กำหนด
คำนวณคะแนนจากการดำเนินงาน

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


คำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงานใน 5 ประเด็น

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

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

**เอกสารสนับสนุน/
แหล่งข้อมูล**

1. Thai ACS Registry (<http://www.ncvdt.org>)
2. Thai Acute Coronary Syndrome Guideline 2020
3. BYRNE, Robert A., et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 2023, ehad191.
4. รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC หรือโปรแกรม Smart UBON STEMI

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	ร้อยละ	47.76	50.34	51.44



ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	ร้อยละ	48.84	49.12	55.75
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายยศชน ทองมูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร. 089 – 722-8810 E-mail : Qsubonssj08@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นางนาฏนภา ภูบุญคง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ: 09 3635-5559 E-mail.com : nardnapa195@gmail.com Line ID : 062-451-5559			

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



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

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

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

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

การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ

กิจกรรมการบริหารลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และแก้ไขการพูด ทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐ และภายนอก เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน คลินิกกายภาพบำบัดเอกชนที่ขึ้นทะเบียน

หมายเหตุ

-การให้บริการ intermediate bed/ward สามารถให้บริการได้ในโรงพยาบาลทุกระดับ ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัด และเขตสุขภาพ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริหารลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60 - I64
TBI	Traumatic brain injury	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
-	Fracture Hip (Fragility fracture)	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภายนอกไม่รุนแรง (Fragility fracture) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S72.0 - S72.2

	Multiple Impairments	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์	ตามค่านิยมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	ตามค่านิยมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	ตามค่านิยมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M2	โรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป
F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	รพช. ขนาด 60-120 เตียง
F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด 30-90 เตียง
F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด 10 เตียง

เกณฑ์เป้าหมาย

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

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

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

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

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

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

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Hip Fracture (Fragility fracture) โดยผู้ป่วยได้รับการบริการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้าน และชุมชน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด ด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์



แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2 และ F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง* และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20			
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง			
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนผู้ป่วย IMC มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed			
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed ทั้งหมด			
รายการข้อมูล 5	A3 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน			
รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (1)	$(A1/B1) \times 100$			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (2)	$(A2/B2) \times 100$			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (3)	$(A3/B3) \times 100$			
หมายเหตุ	<p>คำชี้แจงการลงข้อมูลตัวชี้วัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเข้ารับบริการการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับ ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ในสถานพยาบาลภาครัฐ เช่น รพ.สต., ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน เป็นต้น และคลินิกเอกชนที่ขึ้นทะเบียน, เยี่ยมบ้าน 2. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูฯ นับรวมผู้ป่วยที่เข้าระบบทั้งหมดในช่วงเวลานับย้อนหลังตามไตรมาส ตั้งแต่ ตุลาคม 2566 – กันยายน 2567 3. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการดูแลและติดตามนับรวมในการเก็บข้อมูล 4. ควรใช้ Barthel ADL index เพื่อวัดผลลัพธ์การดำเนินการ 			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส			
การติดตามรายไตรมาสปี 2567				
ตัวชี้วัดที่	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ตัวชี้วัดที่ 1	-	≥ ร้อยละ 85	-	≥ ร้อยละ 85
ตัวชี้วัดที่ 2	-	≥ ร้อยละ 60	-	≥ ร้อยละ 60
ตัวชี้วัดที่ 3	-	≥ ร้อยละ 50	-	≥ ร้อยละ 50
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567				
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)				
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)				
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน			
1 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีระบบในการคัดกรองผู้ป่วย Stroke, TBI, SCI และ Fracture Hip (Fragility fracture) 2. โรงพยาบาลมีทะเบียนผู้ป่วยคัดกรอง/รับส่งต่อเพื่อเข้ารับการบริหารฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยใน 3. โรงพยาบาลมีระบบบริหารฟื้นฟูสภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบแบบผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอก หรือแบบในชุมชน 			



2 คะแนน	1.โรงพยาบาลมีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริหารฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยในหรือแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบในชุมชน 2.มีเครือข่าย อสม. ,อศค. ให้การดูแล 3.มีเตียง/หอผู้ป่วยในการให้บริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่ได้มาตรฐานและมีการนำ IMC -IPD Protocol ตามภาคผนวก 1,2,3 มาใช้		
3 คะแนน	(1) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (1.1) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน \geq ร้อยละ 65 (1.2) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed \geq ร้อยละ 40 (1.3) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน \geq ร้อยละ 30		
4 คะแนน	(1) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (1.1) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน \geq ร้อยละ 75 (1.2) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed \geq ร้อยละ 50 (1.3) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน \geq ร้อยละ 40		
5 คะแนน	(1) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (1.1) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน \geq ร้อยละ 85 (1.2) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed \geq ร้อยละ 60 (1.3) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน \geq ร้อยละ 50		
ลำดับที่	รายละเอียดการดำเนินการ	วิธีการประเมิน	หน่วยงานรับผิดชอบ
1.	มีระบบในการคัดกรองผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture)	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ



2.	โรงพยาบาลมีทะเบียนผู้ป่วยคัดกรอง/ รับส่งต่อเพื่อเข้ารับการบริหารฟื้นฟู สภาพแบบผู้ป่วยใน	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
3.	โรงพยาบาลมีระบบบริหารฟื้นฟูสภาพ ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบแบบผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอกหรือแบบในชุมชน	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
4.	โรงพยาบาลมีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เพื่อเข้ารับการบริหารฟื้นฟูสภาพอย่าง ต่อเนื่องแบบผู้ป่วยในหรือแบบผู้ป่วย นอกหรือแบบในชุมชน	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
5.	มีเตียง/หอผู้ป่วยในการให้บริการฟื้นฟู ผู้ป่วยระยะกลางที่ได้มาตรฐาน	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
6.	ผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมายได้รับการ บริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและ ติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
7.	จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูชุมชนอย่างน้อย อำเภอละ 1 แห่ง	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
8.	มีการจัดตั้งและดำเนินงานกองทุน ฟื้นฟูฯจังหวัด	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
วิธีการประเมินผล :		1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานการจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานจากคณะกรรมการ Service Plan จังหวัด หรือผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล 2.ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด นำคะแนนที่ได้มารวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน	
เอกสารสนับสนุน :		1. งานวิจัยการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2552 2. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) พ.ศ.2559 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3) สถาบัน ประสาทวิทยา กรมการแพทย์ 3. งานวิจัยการประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) พ.ศ.2562 4. งานวิจัยต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะ เฉียบพลัน ด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก พ.ศ.2562 5. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตาม แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Guideline for Intermediate care service plan) ฉบับปรับปรุง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	



	6. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ 7. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรกระบบประสาทระยะกลาง พ.ศ. 2565 สถาบันประสาทวิทยา 8. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักฯ พ.ศ. 2566			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
	-	ร้อยละ	2564	2565
			79.41	82.57
			86.93*	
	หมายเหตุ: ข้อมูลจากผลตรวจราชการ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2566			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายยศชน ทองมูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร. 089 – 722-8810 E-mail : Qsubonssj08@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นางปภัสพร พันธุ์จุม ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ: 06 1426 5353 E-mail.com : paphatporn25071964@gmail.com Line ID : 061-426-5353			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 8	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 28	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง - โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป - โรงพยาบาลชุมชน HA : Hospital Accreditation หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) มีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้ - HA ชั้นที่ 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบครัวที่เคยเกิด/มีโอกาสดังกล่าว



	<p>- HA ขั้นที่ 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ขั้น 2</p> <p>- HA ขั้น 3 (ขั้นมาตรฐาน) หมายถึง โรงพยาบาล มีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยงเป็นองค์กรเรียนรู้/ มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้อย่างครบถ้วน ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพขั้นมาตรฐาน และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง</p> <p>- A-HA หรือ Advanced HA คือ การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรอง Advanced HA (A-HA) ได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่งและมีความพร้อมในการพัฒนาความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป</p> <p>โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น 3 หรือ Re-Accreditation หรือ Advanced HA โดยมีเงื่อนไขดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง ขั้น 3 หรือ Re accredit ครั้งต่าง ๆ เช่น R1, R2, R3 เป็นต้น หรือ Advanced HA (A-HA) 2. โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง ขั้น 3e อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง หรือ Re accredit ครั้งต่าง ๆ ที่ผลการรับรองหมดอายุ (e) เช่น R1e, R2e R3e เป็นต้น แต่อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง หรือ A-HAe ที่อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง 						
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพ HA ขั้นมาตรฐาน</p> <p>(1) รพ.ศูนย์/รพท. มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพระดับความสำเร็จ 5 คะแนน ร้อยละ 100</p> <p>(2) รพช.ทุกระดับ มีกระบวนการ พัฒนาคุณภาพระดับความสำเร็จ 5 คะแนน ร้อยละ 90</p> <table border="1" data-bbox="204 1375 1374 1626"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 2567</th> <th>ปีงบประมาณ 2568</th> <th>ปีงบประมาณ 2569</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน (ร้อยละ 90)</td> <td>ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน (ร้อยละ 95)</td> <td>ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน (ร้อยละ 100)</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน (ร้อยละ 90)	ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน (ร้อยละ 95)	ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน (ร้อยละ 100)
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569					
ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน (ร้อยละ 90)	ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน (ร้อยละ 95)	ระดับความสำเร็จ 5 คะแนน (ร้อยละ 100)					
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และกระตุ้นให้ รพศ. รพท. และ รพช. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ HA ขั้น 3 มีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพปลอดภัยและไว้วางใจได้ในระดับสากล 2. เพื่อพัฒนาหน่วยงานบริการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพและมีความปลอดภัย 3. เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานบริการ 						
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 						
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>จากการรายงานผลงานประจำไตรมาส</p>						



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

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	1. มีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (0.25 คะแนน) 2. มีการประชุมทบทวน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ ปรับปรุงวิสัยทัศน์ พันธกิจ คัดเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญและสอดคล้องกับบริบท (0.25 คะแนน) 3. มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพขององค์กรตาม Recommendation ของ สรพ. (0.5 คะแนน)
1 คะแนน	4. มีการจัดทำแผนผังควบคุมกำกับติดตามการดำเนินงานของโรงพยาบาลให้เป็นไปตามกำหนด เวลา (Time Line) ประจำปีงบประมาณ 2567 (0.25 คะแนน) 5. มีแผนปฏิบัติงาน/โครงการพัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาล ที่สอดคล้องกับโอกาสพัฒนา ขององค์กร (0.25คะแนน) 6. มีการประกาศนโยบายความปลอดภัยของโรงพยาบาล (3P Safety : Patient Personnel & People Safety) (0.25คะแนน) 7. มีแนวทางกำกับติดตามเฝ้าระวังผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อ ความปลอดภัยของโรงพยาบาล (0.25 คะแนน)
1 คะแนน	8. มีการประชุมทบทวน 12 กิจกรรม ในประเด็นที่เกิดอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป (0.5 คะแนน) 9. ส่งเสริมให้มีกระบวนการปรับปรุงผลการดำเนินงาน ให้ดีขึ้น(CQI) หลังการทบทวนอุบัติการณ์ (0.5 คะแนน)
1 คะแนน	10. มีการจัดทำ Self Assessment และปรับปรุง Hospital Profile ให้เป็นปัจจุบัน (0.5 คะแนน) 11. มีการดำเนินงานให้เป็นไปตาม Time Line ที่กำหนดมากกว่า ร้อยละ 80 (0.5 คะแนน)
1 คะแนน	12. มีผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ พึงพอใจมากกว่าร้อยละ 90 (0.5 คะแนน) พึงพอใจระหว่างร้อยละ 85 - 90 (0.25 คะแนน) พึงพอใจน้อยกว่าร้อยละ 85 (0 คะแนน) 13. โรงพยาบาลผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพหรือดำรงอยู่ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ระดับมาตรฐาน HA (0.5 คะแนน)
นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	



วิธีการประเมิน	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด นำคะแนนที่ได้มารวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน
เอกสารสนับสนุน/ แหล่งข้อมูล	1.คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 2.แหล่งข้อมูลเว็บไซต์ สรพ. (https://www.ha.or.th)
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 นางพิชญภา สงทอง ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ: 09 4985 5964 E-mail.com : a_pitchayapa@hotmail.com Line ID : 0632959319

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ตัวชี้วัดที่ R 29	ความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (DM Remission)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะสงบ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาล ในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน และคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด เน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการฯ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2, อายุระหว่าง 18 - 65 ปี, ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี, ดัชนีมวลกาย > 25 ก.ก./ตารางเมตร, ไม่มีโรคร่วมรุนแรง และไม่เป็นผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยในระยะสงบ (Diabetes Remission) การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง การสร้างความเข้าใจ



	<p>และใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพ นำไปสู่การตัดสินใจนำมาลองปฏิบัติ และประเมินผล การทดลองจนสามารถเกิดการใช้ในชีวิตประจำวันได้</p> <p>ทีมสหวิชาชีพ หมายถึง บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ เป็นต้น</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. รพ.และ รพ.สต.ในสังกัด สธ.การดำเนินงาน Diabetes Remission 100 % 2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 5 ปีที่ผ่านมา เข้าร่วมโครงการ > 10 % 3. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการสามารถหยุดยาได้ (นับจากวันที่เริ่มหยุดยา) >30 % 4. มี รพ.สต. ถ่ายโอนเข้าร่วมโครงการ
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนสามารถหยุดยาได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 5 ปีที่ผ่านมา เข้าร่วมโครงการ > 10 %
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 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ฯ)
ระยะเวลาประเมินผล	<p>2 รอบ ตามรอบการประเมินผล Ranking ปี 2567</p> <p><u>ครั้งที่ 1</u> ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567</p> <p><u>ครั้งที่ 2</u> ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2567</p>
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567	
<u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)	
<u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	<p>-(ทำทุกข้อ)</p> <p>- มีแผนงาน/โครงการ ในการทำงาน (0.5 คะแนน)</p> <p>- มีการประชุมคณะกรรมการ ฯ ในการทำงาน อย่างน้อย 1 ครั้ง/รายไตรมาส (0.5 คะแนน)</p>
1 คะแนน	<p>ร้อยละของหน่วยบริการมีการดำเนินงาน DM remission</p> <p>- มี รพ. และ รพ.สต.ในสังกัด สธ.และ อบจ. เข้าร่วมดำเนินงาน < 90 % (0.3คะแนน)</p> <p>- มี รพ. และ รพ.สต.ในสังกัด สธ.และ อบจ.เข้าร่วมดำเนินงาน 90 - 99.99 % (0.5 คะแนน)</p> <p>- มี รพ. และ รพ.สต.ในสังกัด สธ. และ อบจ.เข้าร่วมดำเนินการ 100 % (1 คะแนน)</p>
1 คะแนน	<p>- ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 5 ปีที่ผ่านมา เข้าร่วมโครงการ DM Remission</p> <p>- เข้าร่วมโครงการ ≤ 70 % (0.5 คะแนน)</p> <p>- เข้าร่วมโครงการ > 70 % (1 คะแนน)</p>



2 คะแนน	ร้อยละ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (HbA1c<7) - ควบคุมได้ < 35 % (0.5 คะแนน) - ควบคุมได้ 35 - 40 % (1 คะแนน) - ควบคุมได้ > 40 % (2 คะแนน)																																								
3 คะแนน	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ DM remission ที่สามารถหยุดยาได้ (หลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน) - ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ สามารถหยุดยาได้ ≤25 % (1 คะแนน) - ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ สามารถหยุดยาได้ 25 - 30 % (2 คะแนน) - ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ สามารถหยุดยาได้ > 30 % (3 คะแนน)																																								
2 คะแนน	การพัฒนา NCD clinic Plus (ทำทุกข้อ) - จัดส่งรายงานถูกต้อง ครบถ้วน ตามกำหนดเวลา (0.5 คะแนน) - มีการนำเสนอข้อมูลในเวทีการประชุมระดับจังหวัด (0.5 คะแนน) - เป็นตัวแทนการนำเสนอข้อมูล/ประกวด ของจังหวัดอุบลราชธานี (1 คะแนน)																																								
คะแนนเต็ม 10 คะแนน (ปรับคะแนนเป็น 5 คะแนน เทียบบัญญัติไตรยางค์)																																									
วิธีการประเมินผล :	1. ประเมินจากแบบรายงานการดำเนินงาน “การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระยะสงบ” ประมวลผลจาก 43 แห่ง ในปีงบประมาณ 2567 และติดตามผลลัพธ์จากระบบรายงานในโปรแกรม HDC																																								
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (Diabetes Remission) 2. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2566																																								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data																																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="5">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.อำเภอที่เข้าร่วมดำเนินงาน</td> <td>แห่ง</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>2.ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>77.19</td> <td>76.59</td> <td>80.86</td> </tr> <tr> <td>3.ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี</td> <td>ร้อยละ</td> <td>31.09</td> <td>33.95</td> <td>35.64</td> <td>33.94</td> <td>35.79</td> </tr> <tr> <td>4.ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการสามารถหยุดยาได้</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>27.07</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ					2562	2563	2564	2565	2566	1.อำเภอที่เข้าร่วมดำเนินงาน	แห่ง	-	-	-	-	20	2.ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c	ร้อยละ	-	-	77.19	76.59	80.86	3.ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	31.09	33.95	35.64	33.94	35.79	4.ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการสามารถหยุดยาได้	ร้อยละ	-	-	-	-	27.07
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ																																					
		2562	2563	2564	2565	2566																																			
1.อำเภอที่เข้าร่วมดำเนินงาน	แห่ง	-	-	-	-	20																																			
2.ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c	ร้อยละ	-	-	77.19	76.59	80.86																																			
3.ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	31.09	33.95	35.64	33.94	35.79																																			
4.ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการสามารถหยุดยาได้	ร้อยละ	-	-	-	-	27.07																																			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสุภาภรณ์ เพี้ยะวงศ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2.นางวิพรรษา ชูบรรจง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 096 159 7165 E-mail : sdokdung@gmail.com																																								
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี																																								

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ระดับจังหวัด : 1.นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2.นางวิพรรษา ชูบรรจง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243-301 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 096 159 7165 E-mail : sdokdung@gmail.com
-------------------------------------	--

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 10	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง
ตัวชี้วัดที่ R 30	ความสำเร็จการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี ด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี หมายถึง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์ กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป (Type area 1,3) ที่มีประวัติดังต่อไปนี้ อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ 1. มีประวัติการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ (OV+) 2. กลุ่ม Chronic Dyspepsia กลุ่มอาการปวดท้องช่วงบน ท้องอืด จุกเสียดแน่นท้อง จุกลิ้นปี่ รู้สึกอึดอัด ไม่สบายตัว หรือมีอาการแสบร้อนกลางทรวงอกหลังรับประทานอาหาร เป็นเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 3. กลุ่มเสี่ยงที่เคยมีผลการอัลตราซาวด์ PDF3
เกณฑ์เป้าหมาย	กลุ่มเสี่ยง ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ 100 %
วัตถุประสงค์	เพื่อค้นหาความผิดปกติของตับและท่อน้ำดี ในระยะเริ่มแรก และในรายที่พบความผิดปกติ เข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างทัน่วงที
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไปที่... - มีประวัติการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ (OV+) - กลุ่ม Chronic Dyspepsia กลุ่มอาการปวดท้องช่วงบน ท้องอืด จุกเสียดแน่นท้อง จุกลิ้นปี่ รู้สึกอึดอัด ไม่สบายตัว หรือมีอาการแสบร้อนกลางทรวงอก หลังรับประทานอาหาร เป็นเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป - กลุ่มเสี่ยง ที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ในปีที่ผ่านมา ผลการตรวจ PDF3, Liver mass และ Dilated Duct - ไม่เป็นผู้ป่วยกลุ่มพิษสุราเรื้อรัง หรือ ตับแข็ง



วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. จัดเก็บข้อมูลและบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน 43 แพ้ม</p> <p>1.1 รหัสการวินิจฉัย Z12.8 : Specific screening for CA</p> <p>1.2 อัลตราซาวด์รหัสเหตุการณ์การตรวจบันทึกใน 43 แพ้ม โรงพยาบาล = 8876 หรือบันทึกใน 43 แพ้มในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รหัสเหตุการณ์=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 <p>2. หากพบความผิดปกติ ได้แก่ Liver mass หรือ Dilated Duct ให้ส่งต่อ รพ.แม่ข่าย เพื่อรับการวินิจฉัยและรักษา</p> <p>3. จัดเก็บข้อมูลผ่านไฟล์ EXCEL และ สรุปผลการดำเนินงานรายเดือน (สรุปรายงานส่ง ทุกวันที่ 25 ของทุกเดือน)</p>
แหล่งข้อมูล	<p>1. ข้อมูลประชากร แพ้ม Person Type area 1,3</p> <p>2. จากแบบสรุปผลการดำเนินงานรายอำเภอ</p>
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ (คน)</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด (คน)</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>$(A/B) \times 100$</p>
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ประเมินไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4 ตามผลงานที่ทำได้</p>
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567	
<p><u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)</p>	
<p><u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)</p>	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
<p>1 คะแนน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนการปฏิบัติงานคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์ โดยระบุ ระยะเวลาดำเนินงานชัดเจน (<u>0.5 คะแนน</u>) - มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานแยกรายสถานบริการ (<u>0.5 คะแนน</u>)
<p>2 คะแนน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การส่งรายงานการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตราซาวด์ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด (CCA06) - ส่งภายในกำหนด ทุกวันที่ 25 ของทุกเดือน (<u>0.5, 1 คะแนน</u>) - ถูกต้อง และ ครบถ้วน (<u>0.5, 1 คะแนน</u>)



2 คะแนน	- ร้อยละของการคัดกรองมะเร็งเต้านมและท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตราซาวด์				
	<80 %	0.5 คะแนน			
	80 - 99.99 %	1 คะแนน			
	100 %	2 คะแนน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2564	2565	2566
ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจอัลตราซาวด์		ร้อยละ	118.77	103.55	106.83
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเนาวรัตน์ สืบภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089 581 5789, และ 096 159 7156 โทรศัพท์หน่วยงาน 045-243-301 ต่อ 301				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ระดับจังหวัด : นางเนาวรัตน์ สืบภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 082 165 3914 นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 096 159 7156 โทรศัพท์หน่วยงาน 045-243-301 ต่อ 301				

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 10	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง
ตัวชี้วัดที่ R 31	ระดับความสำเร็จการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี (เริ่มสะสม ปีงบประมาณ 63-67)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	1. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ (30 – 60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือ เก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ ผลลบ(Negative) จากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ แนะนำให้ เข้ารับการตรวจคัด



	<p>กรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก 5 ปี</p> <p>2. ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 – 60 ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ 16 และหรือ 18 หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (Colposcopy) - ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่นๆ เช่น 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 และ 68 เป็นต้น หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลื่อมตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ \geq ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy <p>ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน 1 ปี ที่โรงพยาบาล</p> <p>3. การส่องกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอดปากมดลูก ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็ง และมะเร็งปากมดลูกระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด</p>																		
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <table border="1" data-bbox="231 963 1220 1137"> <thead> <tr> <th>การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</th> <th>ปี 2566</th> <th>ปี 2567</th> <th>ปี 2568</th> <th>ปี 2569</th> <th>ปี 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติที่ได้รับการส่องกล้อง</td> <td>70</td> <td>70</td> <td>70</td> <td>70</td> <td>70</td> </tr> </tbody> </table>	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง	60	70	80	80	80	ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติที่ได้รับการส่องกล้อง	70	70	70	70	70	
การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570														
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง	60	70	80	80	80														
ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติที่ได้รับการส่องกล้อง	70	70	70	70	70														
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงที่มีอายุ 30 – 60 ปี (59 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p>																		
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>สตรีไทยอายุ 30 – 60 ปี (59 ปี 11 เดือน 29 วัน) บริบูรณ์ ทุกสิทธิ์ ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรอบ 5 ปี</p>																		
<p>วิธีจัดเก็บข้อมูล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 – 60 ปี (ตามเป้าหมายรายปี) (C_1) 2. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 – 60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (C_2) 3. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 – 60 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (CP_1) 4. จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Coposcopy (CP_2) <p>*การบันทึกข้อมูล</p>																		
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>ข้อมูล Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข</p>																		
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>$A(C_2)$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 – 60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <p>$A(CP_2)$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy</p>																		
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>$B(C_1)$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 – 60 ปี (ตามเป้าหมายรายปี)</p> <p>$B(CP_1)$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30 – 60 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ</p>																		



สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1 $(A(C_2)/ B(C_1)) \times 100$ 2 $(A(CP_2)/ B(CP_1)) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567				
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566- 28 กุมภาพันธ์ 2567)				
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)				
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน			
1 คะแนน	- มีแผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงาน (<u>0.5 คะแนน</u>) - มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานแยกรายสถานบริการ (<u>0.5 คะแนน</u>)			
1 คะแนน	- มีแผนการปฏิบัติงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test โดยระบุระยะเวลาดำเนินงานชัดเจน (<u>0.5 คะแนน</u>) - มีการดำเนินงานตามแผน (<u>0.5 คะแนน</u>)			
1 คะแนน	- มีการกำหนดแนวทางการติดตามและส่งต่อผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติ เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (<u>0.5 คะแนน</u>) - ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง ร้อยละ 100 (<u>0.5 คะแนน</u>)			
1 คะแนน	- ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test \geq ร้อยละ 70			
	< 50 %	0.2 คะแนน		
	50 - 69.99 %	0.5 คะแนน		
	\geq 70	1 คะแนน		
1 คะแนน	- ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง Colposcopy ร้อยละ 70			
	< 50 %	0.2 คะแนน		
	50 - 69.99 %	0.5 คะแนน		
	\geq 70	1 คะแนน		
เอกสารสนับสนุน :	ฐานข้อมูลประชากรอายุ 30 - 60 ปี (59 ปี 11 เดือน 29 วัน) ใน HDC จังหวัดอุบลราชธานี			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2565	2566	2567
ร้อยละสะสมความครอบคลุมประชากรสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA	ร้อยละ	49.42	41.84	-
ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง	ร้อยละ	7.16	0.92	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางนันทิพร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 2.นางสุภาภรณ์ เพี้ยวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089 581 5789, 096 159 7156 โทรศัพท์หน่วยงาน 045-243-301 ต่อ 301			



หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ระดับจังหวัด : 1.นางนันทิพร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089 581 5789 2.นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 096 159 7156 โทรศัพท์หน่วยงาน 045-243-301 ต่อ 301

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence															
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan															
โครงการที่ 10	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง															
ตัวชี้วัดที่ R 32	ระดับความสำเร็จการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย FIT Test ในประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 50-70 ปี															
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน															
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5															
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อ ฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อ ตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง 1 ครั้ง ในรอบ 2 ปีงบประมาณ ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิงอายุ 50-70 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) เป็นบวก (Positive) คือตรวจพบเม็ดเลือดแดง ในตัวอย่างอุจจาระ การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ ด้วยการส่องกล้องขยายเพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น 															
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</th> <th>ปี 2567</th> <th>ปี 2568</th> <th>ปี 2569</th> <th>ปี 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง</td> <td>≥ 55</td> <td>≥ 60</td> <td>≥ 65</td> <td>≥ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</td> <td>≥ 55</td> <td>≥ 60</td> <td>≥ 65</td> <td>≥ 70</td> </tr> </tbody> </table>	คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 70	ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 70
คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570												
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 70												
ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 70												



วัตถุประสงค์	เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะเริ่มต้น	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 50 - 70 ปี ทุกสิทธิ์ ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจคัดกรองหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) มาในระยะ 2 ปี	
วิธีจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนประชากร อายุ 50 – 70 ปี (ตามเป้าหมายรายปี) (F₁) 2. จำนวนประชากร อายุ 50 – 70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (F₂) 3. จำนวนประชากร อายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ (CL₁) 4. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (CL₂) *การบันทึกข้อมูล - จัดเก็บข้อมูลและบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน 43 แพ้ม ผลการตรวจเป็นลบ= 1B0060, ผลการตรวจเป็นบวก= 1B0061 - สรุปผลการดำเนินงาน ราย เดือน	
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลประชากร แพ้ม Person Type area 1,3	
รายการข้อมูล 1	A(F ₂) = จำนวนประชากร อายุ 50 – 70 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง A(CL ₂) = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	
รายการข้อมูล 2	B(F ₁) = จำนวนประชากร อายุ 50 – 70 ปี ที่ (ตามเป้าหมายรายปี) B(CL ₁) = จำนวนประชากร อายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. $A(F_2)/B(F_1) \times 100$ 2. $A(CL_2)/B(CL_1) \times 100$ 	
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4 ตามผลงานที่ทำได้	
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567 รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566- 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)		
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน	
1 คะแนน	- มีแผนการปฏิบัติงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) โดยระบุระยะเวลาดำเนินงานชัดเจน (0.5 คะแนน) - มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานแยกรายสถานบริการ (0.5 คะแนน)	
1 คะแนน	- ร้อยละการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) (เป้าหมาย \geq ร้อยละ 55)	
	< 30 %	0.2 คะแนน
	30 - 54.99 %	0.5 คะแนน
	ร้อยละ \geq 55	1 คะแนน

2 คะแนน	- ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ได้รับการส่งต่อ เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง				
	< 50 %	0.5 คะแนน			
	50 – 89.99 %	1 คะแนน			
	ร้อยละ ≥ 90	2 คะแนน			
1 คะแนน	- ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง Colonoscopy ≥ ร้อยละ 55				
	< 30 %	0.2 คะแนน			
	30 - 54.99 %	0.5 คะแนน			
	≥ 55	1 คะแนน			
เอกสารสนับสนุน :		ฐานข้อมูลประชากรอายุ 50 – 70 ปี ใน HDC จังหวัดอุบลราชธานี			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2564	2565	2566
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง		ร้อยละ	24.59	34.12	55.92
ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy		ร้อยละ	13.90	13.56	34.44
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางเนาวรัตน์ สืบภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089 581 5789, 082 165 3914 2.นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 096 159 7156 โทรศัพท์หน่วยงาน 045-244-301 ต่อ 301				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ระดับจังหวัด : 1.นางเนาวรัตน์ สืบภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 082 165 3914 2.นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 096 159 7156 โทรศัพท์หน่วยงาน 045-243-301 ต่อ 301 E-mail : tanitapuk1966@gmail.com				



ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 14	โครงการบริหารขั้นกลางระยะกลาง (Intermediate Care : IMC)
ตัวชี้วัดที่ R 33	ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>สถานชีวาภิบาล คือ สถานที่ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยระยะท้ายที่รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตโดยเน้นการทำงานแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (กาย,จิตใจ อารมณ์,สังคมและจิตวิญญาณ) ในรูปแบบ คลินิกผู้สูงอายุ ,Hospice ,Hospital at Home ,Home ward</p> <p>การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ ทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting และบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน ส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ ขั้นตอนการดำเนินการของโรงพยาบาล ต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร ด้วยกระบวนการ Family Meeting รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/หรือ มีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่อง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) และบันทึกในระบบ E-claim รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า 2. มีบุคลากรในทีมการดูแลประคับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ดังนี้ <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 2.2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน 2.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน 2.4. โรงพยาบาลทุกระดับ มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว 3. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรคที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ดังนี้



	<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 และภาวะพึ่งพิง 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 ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก อย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40)</p> <p>4.2 พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยามอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สป.สช. กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย โรงพยาบาลสามารถขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ Opioids ในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของ สป.สช.</p> <p>5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน และบันทึกรหัสการเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 60)</p> <p>* เมื่อดำเนินการตามข้อ 4-5 หน่วยบริการประจำมีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยค่าบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สป.สช. กำหนด</p> <p>6. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟินและร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p>7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคองโดยมีการบันทึกเหตุการณ์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย)</p>
--	--


เกณฑ์เป้าหมาย หน่วยบริการทุกระดับมีการดูแลในผู้ป่วยระดับประคับประคองอย่างมีคุณภาพ			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 65	-	-
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาดตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว และได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามแผน มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล ทุกระดับ ทุกแห่ง		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัด คือ กำกับ ดูแลการกรอกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลเพิ่มการวินิจฉัยโรค แพ้ยา และเพิ่มการติดตามเยี่ยมบ้าน ใน 43 แห่ง 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	ประเมิน 2 รอบ/ปี <u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) <u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)		



เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน (ประเมินด้วยการสุ่ม) เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 60 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 (1 คะแนน) ร้อยละ 40 – 69 (0.75 คะแนน) ร้อยละ 20 – 39 (0.5 คะแนน) ร้อยละ 1 - 20 (0.25 คะแนน) ไม่มีการดำเนินการ (0 คะแนน)
1 คะแนน	มี Palliative Care Team (PCT) ที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว
1 คะแนน	เปรียบเทียบความแตกต่าง การบันทึกการนำเข้าข้อมูล PC ในโปรแกรม HDC และการนำเข้าข้อมูล ในโปรแกรม E-Claim (น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10 (1 คะแนน) ร้อยละ 11 – 20 (0.5 คะแนน) มากกว่าร้อยละ 20 (0 คะแนน) หมายเหตุ : เนื่องจากมีการนำเข้าข้อมูลโปรแกรม E-Claimมากกว่าในโปรแกรม HDC
1 คะแนน	มีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40 (1 คะแนน) ร้อยละ 21 – 39 (0.4 คะแนน) ร้อยละ 1 - 20 (0.2 คะแนน) ไม่มีการดำเนินการ (0 คะแนน)
1 คะแนน	จัดตั้งสถานชีวาภิบาล - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนสถานชีวาภิบาลระดับอำเภอ (0.1 คะแนน) - กำหนดเป้าหมายพื้นที่ดำเนินการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลชัดเจน (0.2 คะแนน) มีสถานชีวาภิบาลจำนวน 1 แห่ง (0.7 คะแนน)
คะแนนเต็ม 5 คะแนน	
วิธีการประเมินผล :	การติดตามโดยคณะกรรมการ service plan การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคองจังหวัดจากระบบ Health data center (HDC) จังหวัดอุบลราชธานี
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) กรมการแพทย์ 



	<p>2. คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>https://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/011518-1453-9113.pdf</p> <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 (RPCH), 2018.ที่ https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children's-Palliative-Care-Fourth-Edition-5.pdf</p> <p>6. Palliative care guideline, self-assessment workbook ศูนย์การรณรงค์ และกรมการแพทย์</p> <p>7. World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization.</p> <p>Http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf</p> <p>8. World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care</p> <p>http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf</p>
--	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

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


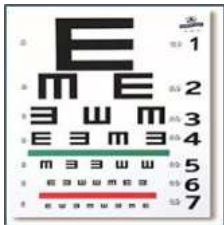
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. ระดับโรงพยาบาล คือ ผู้รับผิดชอบงาน ระดับอำเภอทุกแห่ง
2. ระดับจังหวัด คือ
 - 2.1 นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801,
045-242-225 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 081-790-2731
Email : srisukon156@gmail.com
 - 2.2. นางธัญญา นาจาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร. 087-377-0333
E-mail : thaniyaa.emsubon@gmail.com
Line : เครือข่ายการแพทย์64





หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางฐาณิญา นานาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร. 087-377-0333 E-mail : thaniyaa.emsubon@gmail.com

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



	<p>(3) ผู้สูงอายุที่ตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้น อ่านตัวเลข แผ่นตัวอักษรอี หรือ นับนิ้วในระยะ 3 เมตร ได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 5 ครั้ง ทุกคน ต้องได้รับการส่งต่อไปที่ รพ.สต. พบเจ้าหน้าที่ เพื่อวัด VA ด้วยแผ่นป้ายสนเนลเลน (Snellen Chart)+Pinhole</p> <p>(4) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวัด VA ด้วยแผ่นป้ายสนเนลเลน (Snellen Chart)+Pinhole โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และพบ VA แย่กว่า 20/400 ทุกคนต้องได้รับการส่งต่อพบเจ้าหน้าที่ ทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) ที่โรงพยาบาลชุมชน</p> <p>(5) ผู้สูงอายุที่ตรวจพบ VA แย่กว่า 20/400 ทุกคน ได้รับการส่งต่อพบทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) ไปโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยผ่าตัด ต้อกระจก ของจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี, โรงพยาบาล๕๐พรรษามหาวิมลาราม, โรงพยาบาลวารินชำราบ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และโรงพยาบาลตระการพิรุณ เพื่อวินิจฉัย และตรวจ/รักษา ตามข้อบ่งชี้</p> <p>(6) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ทุกคนต้องได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาล เพื่อขึ้นทะเบียนนัด (รอ) ผ่าตัด ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับการวินิจฉัยโดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) ว่าเป็น ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี, โรงพยาบาล๕๐พรรษา มหาวิมลาราม, โรงพยาบาลวารินชำราบ, โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และโรงพยาบาลตระการพิรุณ</p> <p>(7) ผู้สูงอายุทุกรายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองสายตาเบื้องต้น โดยทีมสหวิชาชีพ ให้บันทึกผลการคัดกรอง ลงในโปรแกรม Vision2020 Thailand ตามขั้นตอนจนกระทั่งส่งเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด ผู้ที่จะบันทึกประวัติการผ่าตัด คือ ทีมจักษุแพทย์ ที่ทำการผ่าตัด (ข้อมูลจากโปรแกรม Vision2020 Thailand)</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 85

วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัด และการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกจากโปรแกรม Vision2020 Thailand โดยบันทึกข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision2020 Thailand
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการนิเทศ ไตรมาส 2 และไตรมาส 4



เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566- 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

เกณฑ์การประเมิน ประเมินเป็นค่าคะแนนของการดำเนินงาน 5 ข้อดังนี้

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	การนำเข้าข้อมูลในโปรแกรม Vision 2020Thailand ภายในเดือน ธันวาคม 2566 <ul style="list-style-type: none"> - มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ของเป้าหมาย (1 คะแนน) - นำเข้าข้อมูล น้อยกว่าร้อยละ 70 ของเป้าหมาย (0.5 คะแนน)
1 คะแนน	การตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้น “มีการคัดกรองสายตาเบื้องต้น โดย อสม.หรือ จนท.สาธารณสุข” <ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการคัดกรองสายตา น้อยกว่า ร้อยละ 85 (0.5 คะแนน) - ดำเนินการคัดกรองสายตา ได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 (1 คะแนน)
1 คะแนน	ผู้สูงอายุที่วัด VA น้อยกว่า 20/400 ได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์ หรือ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา เพื่อการวินิจฉัย <ul style="list-style-type: none"> - มีการส่งต่อมากกว่า 60 % (1 คะแนน) - มีการส่งต่อ 30- 60 % (0.6 คะแนน) - มีการส่งต่อน้อยกว่า 30 % (0.3 คะแนน)
1 คะแนน	ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการขึ้นทะเบียน เพื่อนัดผ่าตัด ภายใน 30 วัน <ul style="list-style-type: none"> - ขึ้นทะเบียน มากกว่า 80 % (1 คะแนน) - ขึ้นทะเบียน 40-80 % (0.6 คะแนน) - ขึ้นทะเบียนน้อยกว่า 30% (0.3 คะแนน)
1 คะแนน	ร้อยละการผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ภายใน 30 วัน <ul style="list-style-type: none"> - มากกว่าหรือเท่ากับ 85 % (1 คะแนน) - ระหว่าง 40- 84.99 % (0.6 คะแนน) - น้อยกว่า 40 % (0.3 คะแนน)

วิธีการประเมินผล : ประเมินผ่านระบบ Vision 2020 Thailand

เอกสารสนับสนุน : คู่มือการใช้งาน Vision 2020 Thailand

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2563	2564	2565	2566
ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ	80.50	84.57	86.70	93.93

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางดวงพร มุกตากุล ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801, 045-242225 ต่อ 301
โทรศัพท์มือถือ : 094-402-4130
Email : pukpuy7294@gmail.com



	<p>2. นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801, 045-242-225 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 081-790-2731 Email : srisukon156@gmail.com Line : เครือข่ายการแพทย์64</p>	
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธาธานี</p>	
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>1. นางดวงพร มุกดากุล ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801, 045-242-225 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 094-402-4130 Email : pukpuy7294@gmail.com</p> <p>2. นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801, 045-242-225 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 081-790-2731 Email : srisukon156@gmail.com</p>	

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 7	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ตัวชี้วัดที่ R 35	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจ จะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น</p> <p>ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมมุ่งทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิต โดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้นและผลของการพยายามฆ่าตัวตายอาจบาดเจ็บหรือ ไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่าง ประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)</p> <p>ผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ หมายถึง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มากกว่า 1 ครั้งในรอบปีงบประมาณ</p> <p>ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี หมายถึง ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ในช่วงปีงบประมาณได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและติดตามเฝ้าระวังจนไม่ เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองอีกครั้งในรอบปีงบประมาณเดียวกัน</p>



	<p>(ปีงบประมาณนับตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - วันที่ 30 กันยายน 2567)</p> <p>ซึ่งการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังต่อไปนี้ (1) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตายจาก ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ/1669/ ตำรวจ/ อื่นๆ รวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันท่วงที (2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) (3) ได้รับการสอบสวน โรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองเพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำเนินกรัน รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ในครอบครัวและชุมชนโดยทีมสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายของจังหวัด /อำเภอ หรือ และ ร่วมกับทีมจิตเวชพี่เลี้ยง ในกรณีมีความยุ่งยากซับซ้อน มีผลกระทบอย่างรุนแรง ต่อชุมชน สังคม (4) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง จากบุคลากรสาธารณสุข จากหน่วยบริการทั้งในระดับ รพ.สต. /รพช. /รพท./รพศ. / หน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต (5) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง และดำเนินกรัน การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ฆ่าตัวตาย จาก แกนนำชุมชน / อบต. /อปจ. และบุคลากรสาธารณสุข จากหน่วยบริการทั้งในระดับ รพ.สต. /รพช. /รพท./รพศ. (6) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือนและมีช่องทางติดต่อที่ สอดคล้องกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่ (7) ได้รับการ เฝ้าระวังติดตามประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลา อย่างน้อย 1 ปี เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ จาก อสม. /บุคลากรสาธารณสุข จากหน่วย บริการทั้งในระดับ รพ.สต. /รพช. /รพท./รพศ. /หน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย เกณฑ์เป้าหมายหลัก : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

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

เกณฑ์เป้าหมายย่อย : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

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

วัตถุประสงค์	<p>เป้าหมายหลัก</p> <p>1. เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชน</p> <p>เป้าหมายย่อย</p> <p>1.เพื่อใช้วัดผลลัพธ์ของการดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตายหรือผู้พยายาม ฆ่าตัวตาย และการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำที่ดำเนินการภายใต้ระบบสุขภาพ ในพื้นที่</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>เป้าหมายหลัก : ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกจังหวัด</p> <p>เป้าหมายย่อย : ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่กระทำในช่วงเวลา 1 ปีงบประมาณ (วันที่ 1 เดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567)</p> <p>*จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตาย และผู้พยายามฆ่าตัวตาย นับเป้าหมายตามพื้นที่ที่เกิดเหตุ</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ตัวชี้วัดหลัก : จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ รวบรวมจาก รายงานการเฝ้าระวังการพยายาม ฆ่าตัวตาย รง 506S version 11. (เพื่อความถูกต้อง รวดเร็วของการรายงานข้อมูล)</p>



	<p>ตัวชี้วัดย่อย : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายซ้ำ รวบรวมจากข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</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 เมื่อผู้พยายามฆ่าตัวตายกระทำในเดือนกันยายน 2566 และทำซ้ำอีกครั้ง ในช่วงตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2566 เป็นต้นไป จะไม่ได้ถูกบันทึกเป็นผู้พยายามทำร้ายตนเองซ้ำของปีงบประมาณ 2566 แต่จะบันทึกเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายรายใหม่ของปี 2567 ดังนั้นควรมีการตรวจสอบข้อมูลและเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองในช่วงระยะเวลาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง</p>
แหล่งข้อมูล	<p>เป้าหมายหลัก :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร ของกระทรวงมหาดไทย 2.) แบบเฝ้าระวัง การพยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต รง506.S version 11 3.) แบบรายงานสอบสวนการฆ่าตัวตาย (Self-Directed Violence, SDV) กรมสุขภาพจิต 4.) การบันทึกข้อมูลผู้ทำร้ายตนเอง (เสียชีวิต) ในหน่วยบริการ (43 แพ้ม) และส่งเข้าระบบ HDC ทุกเดือน <p>เป้าหมายย่อย :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดและผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ได้จากข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2567
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี 2567 **หมายเหตุ สำหรับไตรมาส 1 และ 2 ใช้ประชากรปลายปี 2566 สำหรับไตรมาส 3 และ 4 ใช้ประชากรกลางปี 2567
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดในปีงบประมาณ - จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้งในปีงบประมาณ หน่วยนับ (คน)
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ปีงบประมาณ 2567
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ตัวชี้วัดหลัก : $(A/B) \times 100,000$</p> <p>ตัวชี้วัดย่อย : $(C/D) \times 100$</p>
ระยะเวลาประเมินผล	<p>2 รอบการประเมิน</p> <p><u>รอบที่ 1</u> (1 ตุลาคม 2566 - 28 กุมภาพันธ์ 2567)</p> <p><u>รอบที่ 2</u> (1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2567)</p>

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 - 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2567)

กำหนดเป็นขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงาน

ระดับ ค่าคะแนน	ระดับความสำเร็จ				
	ขั้นตอน 1	ขั้นตอน 2	ขั้นตอน 3	ขั้นตอน 4	ขั้นตอน 5
1 คะแนน	/				
2 คะแนน	/	/			
3 คะแนน	/	/	/		
4 คะแนน	/	/	/	/	
5 คะแนน	/	/	/	/	/

อำเภอมีการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1-5

ขั้นตอนที่ 1. สถานการณ์และการจัดทำแผน (1 คะแนน)

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

1.2 มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ /กิจกรรม การป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ (0.5 คะแนน)

ขั้นตอนที่ 2. มีกิจกรรมขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ (1 คะแนน)

2.1 มีการขับเคลื่อนบูรณาการป้องกันการฆ่าตัวตายและปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ผ่านกลไกคณะกรรมการ พชอ. /พชต. (0.5 คะแนน)

2.2 มีแนวทาง กระบวนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ ผ่านกระบวนการ 3 หมอ (0.5 คะแนน)

ขั้นตอนที่ 3. มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (1 คะแนน)

3.1 มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (0.5 คะแนน)

3.2 มีการติดตามเยี่ยมเคส SMI-V (กองทุนจิตเวชเรื้อรังในชุมชน) ตามเกณฑ์ครบ 6 ครั้งต่อปี และมีการบูรณาการเยี่ยมบ้านร่วมกับภาคีเครือข่าย \geq ร้อยละ 80 (0.5 คะแนน)

ขั้นตอนที่ 4. มีการส่งรายงานแบบเฝ้าระวัง รง.506 s ให้ สสจ. และมีการบันทึกแบบรายงานการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตาย หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence,SDV) ในระบบโปรแกรมรายงานของศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย รพ. จิตเวชขอนแก่นฯ ครบถ้วน และทันตามห้วงเวลาที่กำหนด (1 คะแนน)

4.1 ร้อยละ 100 ของการส่งรายงานแบบเฝ้าระวัง (รง.506s) ให้ สสจ. ครบถ้วน ถูกต้อง ภายในระยะเวลา 1 เดือน หลังเกิดเหตุ (0.5 คะแนน)

4.2 ร้อยละ 100 ของข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีการบันทึกแบบรายงานการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตาย หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence,SDV) ในระบบโปรแกรมรายงานของศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย รพ.จิตเวชขอนแก่นฯ ครบถ้วน ถูกต้อง ภายในระยะเวลา 3 เดือน หลังเกิดเหตุ (0.5 คะแนน)



ขั้นตอนที่ 5. ผลการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย (1 คะแนน)

5.1 การฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.00 อัตราต่อประชากรแสนคน (0.5 คะแนน)

5.2 ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี \geq ร้อยละ 90 (0.5 คะแนน)

ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลทุก 3 เดือน				
เอกสารสนับสนุน	1.ข้อมูลจากฐานข้อมูล https://suicide.dmh.go.th/ 2.แบบ รง 506.S 3.ชุดข้อมูล 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุข 4.ระบบข้อมูลใน HDC 5.ข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2563	2564	2565	2566
อัตราการฆ่าตัวตาย (จาก รง.506S)	อัตราต่อประชากรแสนคน	6.23 (117 คน)	6.05 (113 คน)	6.21 (116 คน)	6.84 (128 คน)
ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ	94.12	92.65	91.35	93.67
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานสุขภาพจิต กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 091-828-0179 โทร 045-262-692 ต่อ 301 E-mail : mentalhealthubon@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานสุขภาพจิต กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 091-828-0179 โทร 045-262-692 ต่อ 301 E-mail : mentalhealthubon@gmail.com				

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

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



คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	35	40	45	50	55
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลทุก 3 เดือน				
เอกสารสนับสนุน	คู่มือ ระบบดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2564	2565	2566
ฐานข้อมูลรายงาน ในระบบ HDC		ร้อยละ	-	-	ภาพรวมประเทศร้อยละ 46.00
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานสุขภาพจิต กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 091-828-0179 โทร 045-262-692 ต่อ 301 E-mail : mentalhealthubon@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานสุขภาพจิต กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 091-828-0179 โทร 045-262-692 ต่อ 301 E-mail : mentalhealthubon@gmail.com				

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

	<p>3 ประสานการดำเนินงานบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ร่วมกับภาคี เครือข่ายครบทุกตำบล</p> <p>4 ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ 62</p> <p>- ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับ ความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ ของสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติด เฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์ มาตรฐานหลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย 1 ปี</p> <p>- ศูนย์คัดกรองผู้ติดยาเสพติด หมายถึง ศูนย์คัดกรองที่สามารถจำแนกคัดกรองผู้ติดยา เสพติดได้ตามระดับความรุนแรง โดยจำแนกเป็นผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด และมีการ ส่งตัวเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามระดับความรุนแรง</p> <p>- สถานบริการทุกระดับมีแผนบูรณาการในการค้นหาคัดกรองผู้เสพยาเสพติดเชิงรุก ในสถานศึกษา ในชุมชน และในสถานประกอบการ และสามารถให้คำปรึกษา/ให้การ บำบัดรักษา ผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด แบบสมัครใจได้ตามเป้าหมาย มีระบบการส่งต่อ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ตามระบบการส่งต่อและดูแลรักษาตามระบบ</p> <p>- มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานบำบัดรักษา ยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ครบทุกตำบล และมีการลงรายงานผลการบำบัด ผู้ป่วย CBTx. ในระบบรายงาน บสต.</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย									
<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 2567</td> <td>ปีงบประมาณ 2568</td> <td>ปีงบประมาณ 2569</td> <td>ปีงบประมาณ 2570</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 62</td> <td>ร้อยละ 65</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ร้อยละ 62	ร้อยละ 65	-	-	
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570						
ร้อยละ 62	ร้อยละ 65	-	-						
วัตถุประสงค์	<p>ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษา ฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแล ช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิต ในสังคม ได้อย่างปกติสุข</p>								
กลุ่มเป้าหมาย / ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ศูนย์คัดกรอง ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 2. ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจ ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูล การบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดในประเทศไทย (บสต.) 								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงาน ผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จาก ฐานข้อมูล การบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) 2. ระบบรายงานยาเสพติด จังหวัดอุบลราชธานี 								
แหล่งข้อมูล (Retention rate)	<p>ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการ บำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติด จากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>								

รายการข้อมูล 1 (Retention rate)	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู
รายการข้อมูล 2 (Retention rate)	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน (รอบที่ 1 ตัดยอด 28 กุมภาพันธ์ 2567 รอบที่ 2 ตัดยอด 15 สิงหาคม 2567)

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 - 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2567)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	1. การคัดกรอง 1.1 ไม่มีข้อมูลการคัดกรองผู้ติดยาเสพติดในศูนย์คัดกรอง (0.0 คะแนน) 1.2 มีข้อมูลการคัดกรองผู้ติดยาเสพติดในศูนย์คัดกรอง (0.50 คะแนน) 2. ศูนย์คัดกรองมีการบันทึกข้อมูลในระบบ บสต. ได้ถูกต้อง ทันเวลา (0.50 คะแนน)
1 คะแนน	2. การบำบัดรักษาในสถานบริการ 2.1 มีระบบการส่งต่อข้อมูล ระหว่างศูนย์คัดกรองกับสถานพยาบาลยาเสพติด (0.5 คะแนน) 2.2. ผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ในระบบสมัครใจได้รับการบำบัดรักษาตามระดับความรุนแรง ร้อยละ 80 และ ผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตได้รับการส่งต่อและดูแลรักษาตามระบบ (0.5 คะแนน)
1 คะแนน	3. การดำเนินการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) 3.1 มีพื้นที่หมู่บ้านเป้าหมายในการดำเนินงานบำบัดรักษายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ครบทุกตำบล (0.5 คะแนน) 3.2 มีรายงานการบำบัดรักษายาเสพติด CBTx ในระบบรายงาน บสต. (0.5 คะแนน)
1 คะแนน	4. ระบบรายงาน บสต. 4.1 มีการบันทึกข้อมูลรายงานการคัดกรอง/บำบัดรักษา/ ติดตามเยี่ยมผู้ผ่านการบำบัดในระบบ บสต. ถูกต้องครบถ้วนและเป็นปัจจุบันหลังให้บริการภายใน 2 สัปดาห์ (0.5 คะแนน) 4.2 มีการสรุปข้อมูลผลการดำเนินงานบำบัด/ติดตาม จากระบบรายงาน บสต. ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกเดือน (0.5 คะแนน)
1 คะแนน	5. การติดตามเยี่ยมผู้ผ่านการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) - น้อยกว่าร้อยละ 62 (0.5 คะแนน) - มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 62.00 (1 คะแนน)



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	ร้อยละ	54.80	69.30	71.40
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางรัชนิพร เชื้อสระคู ตำแหน่ง ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 065-749-2656 2. นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 092-718-5455 3.นายประมวล มาลา ตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ 087-337-7311			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 092-718-5455 2.นายประมวล มาลา ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ 087-337-7311			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 13	โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
ตัวชี้วัดที่ R 38	ผลสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ในระดับอำเภอ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>โครงการ TO BE NUMBER ONE คือโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ใน 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 /</p>



กิจกรรม) และ 3 ย (3 ยุทธศาสตร์หลัก)

การดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE แยกเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้

ประเภทจังหวัด TO BE NUMBER ONE

ประเภทอำเภอ TO BE NUMBER ONE

ประเภท TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา

ประเภท TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา

ประเภท TO BE NUMBER ONE ในชุมชน

ประเภท TO BE NUMBER ONE ในสถานประกอบการ (ที่มีแรงงานตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป)

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

อำเภอ TO BE NUMBER ONE หมายถึง อำเภอที่มีการดำเนินงานดังต่อไปนี้

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

ชมรม TO BE NUMBER ONE หมายถึง ชมรมที่มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบ ดังนี้

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

มีการจัดกิจกรรมตามยุทธศาสตร์ ทั้ง 3 ยุทธศาสตร์

1. การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด ได้แก่
 - การรับสมัครสมาชิกชมรม โดยต้องมีการจัดทำทะเบียนข้อมูลสมาชิกชมรม
 - ประชาสัมพันธ์ ผ่านสื่อต่างๆ เช่น Facebook /เสียงตามสาย /หอกระจายข่าว/ กลุ่มไลน์
 - จัดกิจกรรมดนตรี, กีฬา, การประกวดกิจกรรมสร้างสรรค์ ต่างๆ
 - การตรวจหาสารเสพติด : นร. /นศ. / ทหาร/ พระ /สามเณร เข้าร่วมกิจกรรม



	<p>ในวันสำคัญต่างๆ ร่วมกับภาครัฐ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมอื่นๆ <p>2. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชนและประชาชน เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดตั้งศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE - จัดการอบรมให้ความรู้เรื่องยาเสพติด ฯลฯ - โครงการใครติดยายกมือขึ้น <p>3. การสร้างและพัฒนาเครือข่าย เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด</p> <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 2566</p> <p>-มีการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>- มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา ต้นแบบระดับดีเด่น</p> <p>อำเภอละ 1 ชมรม</p> <p>-มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน ต้นแบบระดับดีเด่น</p> <p>อำเภอละ 1 ชมรม</p>	<p>ปีงบประมาณ 2567</p> <p>-มีการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>- มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา ต้นแบบระดับดีเด่น</p> <p>อำเภอละ 1 ชมรม</p> <p>-มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน ต้นแบบระดับดีเด่นอำเภอละ 1 ชมรม</p>	<p>ปีงบประมาณ 2568</p> <p>-มีการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>- มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา ต้นแบบระดับดีเด่น</p> <p>อำเภอละ 2 ชมรม</p> <p>-มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน ต้นแบบระดับดีเด่น</p> <p>ตำบลละ 2 ชมรม</p>
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1.เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงาน อำเภอ TO BE NUMBER ONE อย่างต่อเนื่อง 2. เพื่อพัฒนาศักยภาพชมรม TO BE NUMBER ONE ภายใต้ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในทุลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี 3. มีการสร้างและขยายเครือข่าย 4. เกิดนวัตกรรมของชมรม TO BE NUMBER ONE 		
เป้าหมาย	25 อำเภอ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานใน https://data.dmh.go.th/ 2. การรายงานผลการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE 		



แหล่งข้อมูล	1. https://data.dmh.go.th/ 2. การรายงานผลการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE
ระยะเวลาประเมินผล	1. ประเมินรายงานบันทึกข้อมูลปีละ 4 ครั้ง (ไตรมาสที่ 1 ไม่เกินวันที่ 5 เดือนมกราคม, ไตรมาสที่ 2 ไม่เกินวันที่ 5 ของเดือนเมษายน, ไตรมาสที่ 3 ไม่เกินวันที่ 5 กรกฎาคม, ไตรมาสที่ 4 ไม่เกินวันที่ 5 เดือนตุลาคม) 2. แบบรายงาน ปี 2 ครั้ง (ไตรมาส 2, ไตรมาส 4)
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567 : (เฉพาะตัวชี้วัดที่เป็น Ranking)	ประเมินผลการพัฒนาอำเภอ TO BE NUMBER ONE โดยแยกรายกิจกรรมที่สำคัญ ดังนี้ 1. โครงสร้าง 1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนอำเภอ TO BE NUMBER ONE 1.2 มีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนอำเภอ TO BE NUMBER ONE อย่างน้อย 2/ครั้ง/ปี 2. แผนงานและโครงการ 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. มีการสร้างและขยายเครือข่ายของชมรม TO BE NUMBER ONE 5. ชมรม TO BE NUMBER ONE มีนวัตกรรมที่เป็นประโยชน์แก่สมาชิกหรือแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567 รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 - 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2567)	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนอำเภอ TO BE NUMBER ONE และกำหนดนโยบายแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม
1 คะแนน	มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ครบตาม 3 ยุทธศาสตร์ พร้อมสรุปผล
1 คะแนน	มีการจัดเก็บข้อมูลชมรมและสมาชิก TO BE NUMBER ONE เป็นปัจจุบัน ในโปรแกรมบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนและส่งรายงานทันเวลา (ไตรมาสที่ 1 ไม่เกินวันที่ 5 เดือนมกราคม, ไตรมาสที่ 2 ไม่เกินวันที่ 5 ของเดือนเมษายน, ไตรมาสที่ 3 ไม่เกินวันที่ 5 กรกฎาคม, ไตรมาสที่ 4 ไม่เกินวันที่ 5 เดือนตุลาคม)
1 คะแนน	มีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาอำเภอละ 1 ชมรม และเข้าร่วมประกวดระดับภาค 1) จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา (0.5 คะแนน) 2) ชมรมเข้าร่วมประกวดระดับภาค (0.5 คะแนน)



1 คะแนน	มีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน อำเภอละ 1 ชมรม และเข้าร่วมประกวดระดับภาค 1) จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน (0.5 คะแนน) 2) ชมรมเข้าร่วมประกวดระดับภาค (0.5 คะแนน)
คะแนนเต็ม 5 คะแนน	
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการดำเนินงานโครงการรณรงค์ป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในทุลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ. 2560
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางรัชนิพร เชื้อสระคู ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 065-749-2656 2.นางสาวสุพรรณษา นันตะบุตร ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 064-459-5152
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางสาวสุพรรณษา นันตะบุตร ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 064-459-5152

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 13	โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
ตัวชี้วัดที่ R 39	การดำเนินงานควบคุมเครื่องตีมแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายความว่า ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืช “นิโคตนาทาแบกัม” (Nicotianatabacum) และให้ความรวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งบริโภคโดยวิธีสูบ ดูด ตม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใด เพื่อให้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยาตามกฎหมายว่าด้วยยา เครื่องตีมแอลกอฮอล์ หมายความว่า สุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น
เกณฑ์เป้าหมายปี 2567	1) มีแผนงานการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องตีมแอลกอฮอล์ในระดับอำเภอ



<p>2) มีการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ ออกตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง/ปี</p> <p>3) มีการดำเนินงานชุมชนและสถานศึกษาต้นแบบเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง</p> <p>4) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองผลิตภัณฑ์ยาสูบ มากกว่าร้อยละ 65</p> <p>5) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่าร้อยละ 65</p>	
วัตถุประสงค์	<p>1) เพื่อขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระดับอำเภอ</p> <p>2) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สร้างความตระหนักเรื่องพิษภัยและรู้เท่าทันกลยุทธ์ทางการตลาดและป้องกัน นักสูบนักดื่มหน้าใหม่</p> <p>3) เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่และสุรา/ ลดแรงสนับสนุนการดื่ม เพื่อควบคุม การบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย</p> <p>4) เพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ และช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ ผู้ดื่มเหล้าสุบบุหรี่ และเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>5) เพื่อพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>-เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p> <p>-ภาคีเครือข่ายควบคุมบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ</p> <p>-ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. รายงานผ่านระบบ 43 แฟ้ม ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์</p> <p>2. รายงานผลการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระดับอำเภอ</p>
แหล่งข้อมูล	<p>1. HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. รายงานผลการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระดับอำเภอ</p>
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง ไตรมาสที่ 2 และ 4
<p>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</p> <p>รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 - 28 กุมภาพันธ์ 2567)</p> <p>รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2567)</p>	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
0.5 คะแนน	1. มีแผนงานการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอำเภอ
1.5 คะแนน	<p>2.1 มีกิจกรรมการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ในวันงดสูบบุหรี่โลกหรือ วันต่อต้านยาเสพติด (0.5 คะแนน)</p> <p>2.2 มีการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ ออกตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย ตามพระราชบัญญัติ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง/ปี (1 คะแนน)</p>



2 คะแนน	3.1 มีชุมชนต้นแบบเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง (1คะแนน)
	3.2 มีสถานศึกษาต้นแบบเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง (1คะแนน)
0.5 คะแนน	4. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองผลิตภัณฑ์ยาสูบ มากกว่าร้อยละ 65
0.5 คะแนน	5. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่าร้อยละ 65
คะแนนเต็ม 5 คะแนน	

เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> • คู่มือการบันทึกข้อมูลการบำบัดผู้เสพยาเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ 43 แฟ้ม (Special PP) โครงการสร้างวิทยากรหนุนเสริมโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชันย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับภาคีเครือข่าย • คู่มือ การบริหารจัดการข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบในระบบ 43 แฟ้ม (Special PP) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข • พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 • พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551
------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ	ร้อยละ	59.48	55.27	62.63
ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ร้อยละ	57.95	53.88	61.88

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสุทธิพงษ์ บุญบรรจง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 0 45-26 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ 088-340-4896
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายสุทธิพงษ์ บุญบรรจง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 0 45-26 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ 088-340-4896

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence		
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan		
โครงการที่ 8	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ		
ตัวชี้วัดที่ R 40	ระดับความสำเร็จของการจัดการเรื่อง Care D+ Team		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน		
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5		
คำนิยาม	<p>ทีม Care D + เป็นหนึ่งในนโยบาย Quick Win ที่ต้องทำให้สำเร็จภายใน 100 วัน เป็นทีมประสานใจระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อลดปัญหาความขัดแย้งที่กว่าร้อยละ 90 เกิดจากการสื่อสารที่ไม่ตรงกัน การไม่สื่อสาร รวมทั้งขาดเทคนิคในการบริหารจัดการในสถานการณ์วิกฤติ ซึ่งทำให้สถานการณ์เล็กๆ กลายเป็นเรื่องใหญ่ ทั้งที่ในความเป็นจริงเพียงแค่สื่อสารไม่ตรงกันเท่านั้น ทีม Care D+ จะเป็นทีมที่เข้ามาช่วยสร้างวัฒนธรรมใหม่ ใช้หลักใจเขาใจเรา ทำหน้าที่ประสานใจระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ และ บุคลากรสาธารณสุข ให้เกิดความเข้าใจ ลดช่องว่างการสื่อสาร เพิ่มความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ และที่มากไปกว่านั้น คือ ความใส่ใจ หรือ Care พร้อมทั้งจะโอบอุ้ม ดูแลกัน ส่วน D คือ ดีต่อใจ Develop พัฒนาทักษะการสื่อสาร ในแบบง่ายๆ “Care for life Share for Love”</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อจัดตั้งทีมประสานใจ CARE D + ในการสื่อสารเชิงบวกในหน่วยงานระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ 2. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการสื่อสารของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ 3. เพื่อลดปัญหาข้อร้องเรียนหรือหากกรณีมีปัญหาข้อร้องเรียนในพื้นที่ ปัญหาได้รับการแก้ไขและสามารถสื่อสารให้เกิดความเข้าใจอันดี ลดช่องว่างการสื่อสารและผลกระทบในองค์กรและประชาชนผู้มารับบริการ 4. เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีของหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ 		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรทางการแพทย์/บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการประชาสัมพันธ์/บุคคลที่หน่วยงานพิจารณาและเห็นว่ามีความเหมาะสม		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบประเมินบุคลากร CARE D + ของกระทรวงสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1 ทะเบียนทีมประสานใจ CARE D + 2. บันทึกการรับข้อร้องเรียนที่ได้รับการดำเนินการแก้ไข 3. ช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ของหน่วยบริการ 		
รายการข้อมูล 1	ผลการประเมินบุคลากร CARE D + (ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินผล)		
รายการข้อมูล 2	บุคลากร CARE D + ทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวน บุคลากร CARE D + ผ่านเกณฑ์การประเมิน = (A/B) × 100		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส (ธันวาคม2566/มีนาคม2567/มิถุนายน2567/กันยายน 2567		



เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

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

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

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายยศธน ทองมูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร. 089 – 722-8810 E-mail : Qsubonssj08@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางพรสิริ มณฑา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 094 – 269-8291 2. นางสาวศรวิรินทร์ ภูวนต์ศิริ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร. 083 – 956-3669

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 2	โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ
ตัวชี้วัดที่ R 41	ระดับความสำเร็จการควบคุมป้องกันรักษาโรควัณโรค
ตัวชี้วัดย่อย ดังนี้	<p>41.1 อัตราความสำเร็จการรักษา (ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่) ($\geq 90\%$) (0.3 คะแนน)</p> <p>41.2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ($\geq 90\%$) (0.3 คะแนน)</p> <p>41.3 อัตราการขาดยา (ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่) ($< 1\%$) (0.2 คะแนน)</p> <p>41.4 อัตราตาย (ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่) ($< 5\%$) (0.3 คะแนน)</p> <p>41.5 อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก ($\geq 90\%$) (0.3 คะแนน)</p> <p>41.6 ร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ ($\geq 90\%$) (0.3 คะแนน)</p> <p>41.7 ร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน (100%) (0.3 คะแนน)</p>
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	รวมทั้งหมด 2 คะแนน
คำนิยาม	<p>1.ผู้ป่วยวัณโรค (TB disease) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกายแต่ภูมิคุ้มกันไม่สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ เกิดพยาธิสภาพที่ทำให้ป่วยเป็นวัณโรคอาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่น ๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p>3.ผู้ป่วยรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบข้อมูลวัณโรค NTIPมาก่อน (ไม่ว่าจะเป็น P หรือ EP,B+หรือ B-)</p> <p>4.ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาและได้รับการประเมินว่ารักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยซ้ำ (ไม่ว่าจะเป็น P หรือ EP,B+หรือ B-)</p> <p>5.รักษาสำเร็จ (treatment success) หมายถึง ผลรวมของการรักษาหาย (cured) กับรักษาครบ (treatment Completed)</p>



6.การรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษา (final outcome) จำแนกได้ ดังนี้

6.1 รักษาหาย (cured) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจ AFB เป็นบวก (B+) ก่อนเริ่มการรักษาและรักษาครบกำหนด โดยพบผลตรวจ AFB smear (หรือ culture) เป็นลบในเดือนสุดท้ายและก่อนหน้านั้น 1 ครั้ง

6.2 รักษาครบ (treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยรักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานว่าล้มเหลว ผู้ป่วยมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 1 ครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา แต่ไม่มีผลเสมหะในเดือนสุดท้าย

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

6.4 ตาย (died) หมายถึง ตายด้วยสาเหตุใด ๆ ในระหว่างการรักษา

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

6.6 โอนออกไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่นและไม่ทราบผลการรักษา (ให้เปลี่ยนผลการรักษา เมื่อทราบผลการรักษาสุดท้ายแล้ว)

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

7. การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มีโอกาสได้รับเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้ ได้แก่

กลุ่มเสี่ยงที่ 1 ผู้สัมผัสร่วมบ้านวัณโรค/ดื้อยา สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค/ดื้อยา

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

กลุ่มเสี่ยงที่ 2 ผู้ต้องขังในเรือนจำ หมายถึง ผู้ต้องขังที่ได้รับการตัดสินต้องโทษทุกรายในเรือนจำกลางอุบลราชธานี

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

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

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

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

กลุ่มเสี่ยงที่ 6 ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดสุราเรื้อรัง หมายถึง ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดสุราเรื้อรัง ที่มารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลในเขตพื้นที่

กลุ่มเสี่ยงที่ 7 กลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยทุกระดับ



	<p>8.การ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่อยู่ในช่วงระหว่างการรักษาวัณโรค ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน เพื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเสี่ยง ได้แก่ เหนื่อยอ่อนเพลีย, เหนื่อยนอนราบไม่ได้, เจ็บแน่นหน้าอก, หายใจหอบ, มีผื่นร่วมกับหายใจไม่อิ่ม</p>																																										
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>1. อัตราความสำเร็จการรักษา (ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่)</p> <table border="1" data-bbox="446 515 1189 616"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>≥ 88%</td> <td>≥ 88%</td> <td>≥ 88%</td> </tr> </table> <p>2. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ</p> <table border="1" data-bbox="446 660 1189 761"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>≥ 85%</td> <td>≥ 85%</td> <td>≥ 85%</td> </tr> </table> <p>3. อัตราการขาดยา (ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่)</p> <table border="1" data-bbox="446 817 1189 918"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>< 1 %</td> <td>< 1 %</td> <td>< 1 %</td> </tr> </table> <p>4. อัตราตาย (ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่)</p> <table border="1" data-bbox="446 974 1189 1075"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>< 5 %</td> <td>< 5 %</td> <td>< 5 %</td> </tr> </table> <p>5. อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก</p> <table border="1" data-bbox="446 1120 1189 1220"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>≥ 90%</td> <td>≥ 93%</td> <td>≥ 95%</td> </tr> </table> <p>6. ร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดติดเชื้อเข้าได้กับวัณโรค ที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ</p> <table border="1" data-bbox="446 1265 1189 1366"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>≥ 90%</td> <td>≥ 90%</td> <td>≥ 90%</td> </tr> </table> <p>7. ร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน</p> <table border="1" data-bbox="446 1411 1189 1512"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	≥ 88%	≥ 88%	≥ 88%	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	< 1 %	< 1 %	< 1 %	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	< 5 %	< 5 %	< 5 %	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	≥ 90%	≥ 93%	≥ 95%	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	100%	100%	100%	
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69																																									
≥ 88%	≥ 88%	≥ 88%																																									
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69																																									
≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%																																									
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69																																									
< 1 %	< 1 %	< 1 %																																									
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69																																									
< 5 %	< 5 %	< 5 %																																									
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69																																									
≥ 90%	≥ 93%	≥ 95%																																									
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69																																									
≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%																																									
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69																																									
100%	100%	100%																																									
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาสำเร็จ</p> <p>2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</p>																																										
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>1) การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษา (Success rate) / อัตราการขาดยา / อัตราตาย ของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ดังนี้</p> <p>ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (เดือน1 ตุลาคม พ.ศ.2566 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p>																																										



	<p>2) กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาใน โรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3) การประเมินการอัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก ใน 7 กลุ่มเสี่ยงสูง ที่มีในฐานข้อมูลของหน่วยบริการในอำเภอนั้น ๆ โดยใช้เป้าหมายที่พื้นที่กำหนด ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566</p> <p>4) การประเมินร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ โดยข้อมูลการประมวลผลจาก NTIP Thailand รอบการคัดกรองปีงบประมาณ 2567</p> <p>5) การประเมินร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่อยู่สถานะกำลังรักษาทุกราย</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้</p> <p>บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)</p>
แหล่งข้อมูล	<p>โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 1	<p>อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566)</p> <p>สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) ร่วมกับรักษาครบ(Completed)</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566)</p> <p><i>หมายเหตุ</i> * ในการประเมินรอบที่1 (ผลการรักษาสำเร็จ+กำลังรักษา+โอนออก) ** ในการประเมินรอบที่2 (ผลการรักษาสำเร็จ)</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ 2	<p>อัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ.2567)</p> <p>สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567)</p> <p>B = จำนวนคาดการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567</p> <p><i>หมายเหตุ</i> จำนวนคาดการณ์ คัดจากข้อมูลประชากรอ้างอิงจากทะเบียนราษฎร ปี 2566 คิดอัตรา 155 ต่อประชากรแสนคน</p>

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

เกณฑ์การประเมิน ปี 2567 :
1. อัตราความสำเร็จการรักษา (Success rate) ของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566)

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

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

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

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

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

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

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

5. อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก

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

6. ร้อยละการส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ

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

7. ร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน

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

เกณฑ์การให้คะแนน :
ตัวชี้วัดที่ R 41.1 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษา

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567

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

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

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

รอบที่ 1 (1 ต.ค.66 – 28 ก.พ.67)

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

รอบที่ 2 (1 เม.ย.67 – 15 ส.ค.67)

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


ตัวชี้วัดที่ R 41.3 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการขาดยา

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567

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

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

หมายเหตุ : ผู้ป่วยวัณโรคที่เสี่ยงต่อการขาดยา ต้องมีกระบวนการทำ Case management / การทำประชาคมหมู่บ้านในการติดตามในช่วงระยะ 60 วัน

กรณีที่สรุปผลการรักษา ต้องรายสรุปผลการขาดยารายบุคคล (case conference) จะให้คะแนนเบื้องต้นที่ 3 คะแนน

ตัวชี้วัดที่ R 41.4 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราตาย

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567

(1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566) และมีผลการเสียชีวิตระหว่างการรักษา

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

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

ตัวชี้วัดที่ R 41.5 เกณฑ์การให้คะแนนการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก

รอบที่ 1 (1 ต.ค.66 – 28 ก.พ.67)

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

รอบที่ 2 (1 เม.ย.67 – 15 ส.ค.67)

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

ตัวชี้วัดที่ R 41.6 การส่งตรวจ Molecular (X-pert) ในกลุ่มปอดผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ

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

ตัวชี้วัดที่ R 41.7 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน

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

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ
2. ทะเบียน Register หรือแบบฟอร์ม TB08
3. โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)

**ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**

1. นายพิทักษ์ จันทรแดง นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243-301 ต่อ 121
2. นายวิโรจน์ เชมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 085-315-9081



	<p>3. นายกฤตวิสุทธิ อีวสุเกิดมงคล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ :081-660-2936</p> <p>4. นางสาวหนึ่งฤทัย คำมรรค เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ :065-398-6477</p>
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>ระดับอำเภอ : หน่วยบริการภายในจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, สสอ. และ รพ.สต.ทุกแห่ง</p> <p>ระดับจังหวัด : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>1. นายกฤตวิสุทธิ อีวสุเกิดมงคล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 081-660-2936</p> <p>2. นางสาวหนึ่งฤทัย คำมรรค เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 065-398-6477</p> <p>3. นายไตรเทพ ไชแสง จนท.ประสานงานโปรแกรมและติดตามประเมินผลโครงการยุติ ปัญหาวัณโรคและเอดส์ ด้วยชุดบริการ RRTR (STAR3) กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 094-149-1653</p>

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 2	โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ
ตัวชี้วัดที่ R 42	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อ ของตนเองและได้รับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัส
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ร้อยละ 95
คำนิยาม	<p>1. HIV (Human immunodeficiency virus) หมายถึงไวรัสในกลุ่ม เรโทร ไวรัส (retrovirus) เป็นสาเหตุของโรคภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องซึ่งจะทำให้ระบบ ภูมิคุ้มกันต้านทานล้มเหลว และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือที่คนไทยพูดติดปากกันว่า “โรคเอดส์” (AIDs acquired immune deficiency syndrome) เชื้อเอชไอวี สามารถติดต่อได้ทาง เลือด อสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอด หรือน้ำนม</p> <p>2. ผู้ป่วยAIDs (AIDs : Acquired Immune Deficiency Syndrome) หมายถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายของการติดเชื้อ HIVเป็นระยะภูมิคุ้มกันของร่างกายถูก ทำลายจนไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคต่างๆได้ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคต่าง ๆ</p>



	<p>มากมายหรือที่เรียกว่า เชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection)</p> <p>2. ผู้ติดเชื้อ HIV หมายถึง ผู้มีเชื้อ HIV ในร่างกายทั้งที่แสดงอาการและไม่แสดงอาการซึ่งผู้ติดเชื้ออาจจะทราบหรือไม่ทราบว่าตนเองได้รับเชื้อ</p> <p>3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ยินยอมรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและผลตรวจพบเชื้อเอชไอวีในร่างกาย</p> <p>4. การรักษาด้วยยาต้านไวรัส หมายถึง ผู้ป่วยที่ยินยอมรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและผลตรวจพบเชื้อเอชไอวีในร่างกาย แล้วยินยอมขึ้นทะเบียนเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาด้วยการเริ่มกินยาต้านไวรัส</p>						
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส</p>	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 95</td> <td>ร้อยละ 95</td> <td>ร้อยละ 95</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69					
ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95					
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยินยอมรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและผลตรวจพบเชื้อเอชไอวีในร่างกายได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเริ่มกินยาต้านไวรัสและได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน เป็นการลดโอกาสการเกิดโรคแทรกซ้อน ลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี และลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ</p>						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>เกณฑ์การประเมินมี ดังนี้</p> <p>ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยินยอมรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและผลตรวจพบเชื้อเอชไอวีในร่างกายและเริ่มรักษาด้วยการกินยาต้านไวรัส คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขึ้นทะเบียนและกินยาในไตรมาสที่ 1-3 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ.2566 – 31 มิถุนายน พ.ศ. 2567) ที่เป็นผู้ป่วยที่เป็นคนไทย รวมทั้งผู้ป่วยในเรือนจำ รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p>						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> นำเข้าข้อมูลในโปรแกรมพัฒนาคุณภาพข้อมูลในระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Data-driven Continous for Quality Improvement : DQI) บันทึกข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผ่านโปรแกรม Nap Plus 						
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> โปรแกรมพัฒนาคุณภาพข้อมูลในระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Data-driven Continous for Quality Improvement : DQI) โปรแกรมบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (NAP WebReports) ข้อมูลผลการดำเนินงานเอ็ดสียในเวปไซต์ : Hiv Info Hub .ddc.moph.go.th 						
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ระยะเวลาประเมินผล 2 รอบ</p> <p>รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 66 - 28 กุมภาพันธ์ 67)</p> <p>รอบที่ 2 (1 เมษายน 67 - 15 สิงหาคม 67)</p>						
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วย HIV ที่รับรู้สถานะการติดเชื้อและได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ						
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วย HIV ในฐานข้อมูลโปรแกรม Nap Plus						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$						

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 66 - 28 กุมภาพันธ์ 67)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 67 - 15 สิงหาคม 67)

คะแนน	การประเมินผล
1 คะแนน	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 74
2 คะแนน	ร้อยละ 75-79
3 คะแนน	ร้อยละ 80-84
4 คะแนน	ร้อยละ 85-92
5 คะแนน	มากกว่าร้อยละ 92

เอกสารสนับสนุน
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
ผลงานการดำเนินงาน	ร้อยละ	84	86	85

เอกสารสนับสนุน :

- 1.แนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี2564/2565
- 2.โปรแกรม Nap PLus
- 3.โปรแกรมบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (NAP Web reports)
- 4.โปรแกรมพัฒนาคุณภาพข้อมูลในระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Data-driven Continous for Quality Improvement : DQI)

**ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**

1. นายภริรักษ์ รุ่งพัฒนาชัยกุล รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210
โทรศัพท์มือถือ 098-542-4635
2. นายวิโรจน์ เชมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 085-315-9081
3. นางปิยะพร บุญเกิด เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ :081-202-7700

**หน่วยงานประมวลผล
และจัดทำข้อมูล**

ระดับอำเภอ : หน่วยบริการภายในจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์,
โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน,
ระดับจังหวัด : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

**ผู้รายงานผลการ
ดำเนินงาน**

1. นางปิยะพร บุญเกิด เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ :081-202-7700
2. นายยุทธพล พิมพ์ภา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ :081-264-6676

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 8	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 43	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพใน 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยผู้สูงอายุ ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ <ul style="list-style-type: none"> - หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน) โดยทันตบุคลากร (\geq ร้อยละ 55) 2. กลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) <ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุ 0 - 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) (\geq ร้อยละ 75) - เด็กอายุ 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นับรวมฝึกผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปาก (\geq ร้อยละ 75) - เด็กอายุ 3 - 5 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (\geq ร้อยละ 75) - เด็กอายุ 3 - 5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (\geq ร้อยละ 75) - ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบด้านทันตสุขภาพ (ส่งภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2567) (อย่างน้อย จำนวน 1 แห่ง / อำเภอ) 3. กลุ่มเด็กวัยเรียน (6 - 12 ปี) <ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุ 6 - 12 ปีทุกคน ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ (คน) (\geq ร้อยละ 30) - เด็กอายุ 6 - 12 ปีทุกคน ได้รับการทันตกรรม (คน) (\geq ร้อยละ 60) - โรงเรียนต้นแบบด้านทันตสุขภาพ (ส่งภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2567) (อย่างน้อย จำนวน 1 แห่ง / อำเภอ) 4. กลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี) <ul style="list-style-type: none"> - ผู้มีอายุ 15 - 59 ปี ได้รับการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) (\geq ร้อยละ 25) - กลุ่มก่อนวัยสูงอายุได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปาก PMDs (คน) (\geq ร้อยละ 40) - หน่วยบริการต้นแบบด้านทันตสุขภาพกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ (ส่งภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2567) (อย่างน้อย จำนวน 1 แห่ง / อำเภอ) 5. กลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปาก PMDs (คน) (\geq ร้อยละ 40) - ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนร่วมกับ CG (\geq ร้อยละ 80) - จำนวนผู้สูงอายุและก่อนวัยสูงอายุ ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก (ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย) - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองเพื่อใส่รากฟันเทียมรองรับฟันปลอมทั้งปาก (ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย (คัดกรอง) - รายงานผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง (ส่งภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567) (อย่างน้อย จำนวน 2 ราย/อำเภอ) - ชมรมผู้สูงอายุต้นแบบด้านทันตสุขภาพ (ส่งภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567)



	(อย่างน้อย จำนวน 1 แห่ง / อำเภอ) - ผู้สูงอายุพื้นดี 78 - 89 ปี ,90 ปีพื้นดี ตามเกณฑ์ (ส่งภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567) (อย่างน้อย จำนวน 1 คน / อำเภอ) โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 รอบ และใช้เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ของแต่ละรอบ ตามแนวทางที่กำหนด			
เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพใน 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยผู้สูงอายุ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการ (รพศ. / รพท. / รพช. / รพ.สต.)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HIS และ JHCIS 2. 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	A2 = จำนวนผลงานรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) B2 = จำนวนเป้าหมายรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี)			
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนผลงานรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (6 - 12 ปี) B3 = จำนวนเป้าหมายรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (6 - 12 ปี)			
รายการข้อมูล 4	A4 = จำนวนผลงานรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี) B4 = จำนวนเป้าหมายรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี)			
รายการข้อมูล 5	A5 = จำนวนผลงานรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) B5 = จำนวนเป้าหมายรายตัวชี้วัดย่อย ในกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$			
ระยะเวลาประเมินผล	แบ่งการประเมินออกเป็น 2 รอบ <u>รอบที่ 1</u> ระหว่าง 1 ตุลาคม 2566 - 28 กุมภาพันธ์ 2567 <u>รอบที่ 2</u> ระหว่าง 1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2567			



เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2566 - 28 กุมภาพันธ์ 2567

รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2567

ลำดับ	ตัวชี้วัด	คะแนน		
		คะแนนดิบ	คะแนนรวม	คะแนนถ่วงน้ำหนัก
	1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์		5 คะแนน	0.50
	- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน) โดยทันตบุคลากร (\geq ร้อยละ 55)	5 คะแนน		
	2. กลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี)		20 คะแนน	1.00
	- เด็กอายุ 0 - 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) (\geq ร้อยละ 30)	5 คะแนน		
	- เด็กอายุ 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นับรวมฝึกผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปาก (\geq ร้อยละ 30)	5 คะแนน		
	- เด็กอายุ 3 - 5 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (\geq ร้อยละ 30)	5 คะแนน		
	- เด็กอายุ 3 - 5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (\geq ร้อยละ 30)	5 คะแนน		
	3. กลุ่มเด็กวัยเรียน (6 - 12 ปี)		10 คะแนน	1.00
	- เด็กอายุ 6 - 12 ปีทุกคน ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน) (\geq ร้อยละ 10)	5 คะแนน		
	- เด็กอายุ 6 - 12 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม (คน) (\geq ร้อยละ 20)	5 คะแนน		
	4. กลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี)		10 คะแนน	1.00
	- ผู้มีอายุ 15 - 59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) (\geq ร้อยละ 10)	5 คะแนน		
	- กลุ่มก่อนวัยสูงอายุได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปาก PMDs (คน) (\geq ร้อยละ 15)	5 คะแนน		
	5. กลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)		35 คะแนน	1.50
	- กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปาก PMDs (คน) (\geq ร้อยละ 15)	5 คะแนน		
	- ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนร่วมกับ CG (\geq ร้อยละ 40)	5 คะแนน		
	- จำนวนผู้สูงอายุและก่อนวัยสูงอายุ ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก หรือเกือบทั้งปาก (\geq ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย)	5 คะแนน		
	- จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองเพื่อใส่รากฟันเทียมรองรับฟันปลอมทั้งปาก (ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย (คัดกรอง))	5 คะแนน		
	- รายงานผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง (ส่งภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567) (อย่างน้อย จำนวน 2 ราย / อำเภอ)	5 คะแนน		
	- ชมรมผู้สูงอายุต้นแบบด้านทันตสุขภาพ (ส่งภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567) (อย่างน้อย จำนวน 1 แห่ง / อำเภอ)	5 คะแนน		
	- ผู้สูงอายุฟันดี (78 - 89 ปี , 90 ปี ฟันดีตามเกณฑ์) (ส่งภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567) (อย่างน้อย จำนวน 1 คน / อำเภอ)	5 คะแนน		



การประเมินรอบที่ 1

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

ลำดับ	ตัวชี้วัด	คะแนน			
		คะแนนดิบ	คะแนนรวม	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
	1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์		5 คะแนน	0.50	
	- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน) โดยทันตบุคลากร (≥ ร้อยละ 55)	5 คะแนน			
	2. กลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี)		25 คะแนน	1.00	
	- เด็กอายุ 0 - 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) (≥ ร้อยละ 75)	5 คะแนน			
	- เด็กอายุ 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นับรวมฝึกผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปาก (≥ ร้อยละ 75)	5 คะแนน			
	- เด็กอายุ 3 - 5 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (≥ ร้อยละ 75)	5 คะแนน			
	- เด็กอายุ 3 - 5 ปี เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (≥ ร้อยละ 75)	5 คะแนน			
	- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบด้านทันตสุขภาพ (ส่งภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2567) (อย่างน้อย จำนวน 1 แห่ง / อำเภอ)	5 คะแนน			
	3. กลุ่มเด็กวัยเรียน (6 - 12 ปี)		15 คะแนน	1.00	
	- เด็กอายุ 6 - 12 ปีทุกคน ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน) (≥ ร้อยละ 30)	5 คะแนน			
	- เด็กอายุ 6 - 12 ปีทุกคน ได้รับการทันตกรรม (คน) (≥ ร้อยละ 60)	5 คะแนน			
	- โรงเรียนต้นแบบด้านทันตสุขภาพ (ส่งภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2567) (อย่างน้อยจำนวน 1 แห่ง/อำเภอ)	5 คะแนน			
	4. กลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี)		15 คะแนน	1.00	
	- ผู้มีอายุ 15 - 59 ปี ได้รับการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) (≥ ร้อยละ 25)	5 คะแนน			
	- กลุ่มก่อนวัยสูงอายุได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปาก PMDs (คน) (≥ ร้อยละ 40)	5 คะแนน			
	- หน่วยบริการต้นแบบด้านทันตสุขภาพกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ (ส่งภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2567) (อย่างน้อย จำนวน 1 แห่ง / อำเภอ)	5 คะแนน			
	5. กลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)		15 คะแนน	1.50	
	- กลุ่มผู้สูงอายุ ที่ได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งในช่องปาก PMDs (คน) (≥ ร้อยละ 40)	5 คะแนน			
	- ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนร่วมกับ CG (≥ ร้อยละ 80)	5 คะแนน			
	- จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองเพื่อใส่รากฟันเทียมรองรับฟันปลอมทั้งปาก (ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย (คัดกรอง)	5 คะแนน			



การประเมินรอบที่ 2

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก ≤ 1.00 คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก > 1.00 คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก > 2.00 คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก > 3.00 คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก > 4.00 คะแนน
ที่มาข้อมูล	1. รายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี 2. ข้อมูล 43 แห่ง ของหน่วยบริการ 3. สรุปผลการนิเทศงานผสมผสาน 4. สรุปผลการรายงานตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี 5. สรุปผลการดำเนินงาน Best practice			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
รายการ	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
1. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน) โดยทันตบุคลากร	ร้อยละ	25.74	36.08	39.16
2. เด็กอายุ 0 - 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	56.98	59.15	63.98
3. เด็กอายุ 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นับรวมฝึกผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปาก	ร้อยละ	58.64	61.22	70.27
4. เด็กอายุ 3 - 5 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)	ร้อยละ	64.57	62.83	72.07
5. เด็กอายุ 3 - 5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)	ร้อยละ	63.45	62.99	75.36
6. เด็ก 6 - 12 ปีทุกคน ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ (คน)	ร้อยละ	14.34	12.82	21.45
7. เด็ก 6 - 12 ปีทุกคน ได้รับการบริการทันตกรรม (คน)	ร้อยละ	68.09	60.00	67.85
8. ผู้มีอายุ 15 - 59 ปี ได้รับการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	35.56	32.93	24.51
9. ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนร่วมกับ CG	ร้อยละ	65.89	64.26	66.21
10. จำนวนผู้สูงอายุและก่อนวัยสูงอายุ ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก	ร้อยละ	N/A	N/A	106.01
ที่มา : HDC จังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ทพญ. อูมาพร รุ่งรัศมีทวีมานะ ตำแหน่ง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี Email : kunuma8766@gmail.com Mobile : 099-174-2289 2. ทพญ. มีทัศน บันสิทธิ์ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ Email : mebebee@hotmail.com Mobile : 081-547-2157			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ทพญ. มีทัศน บันสิทธิ์ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ Email : mebebee@hotmail.com Mobile : 081-547-2157			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence		
แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ Service Plan		
โครงการที่ 8	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ		
ตัวชี้วัดที่ R 44	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการทางทันตสาธารณสุข		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน		
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5		
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการทางทันตสาธารณสุข หมายถึง การจัดการบริการด้านทันตสาธารณสุขที่มีคุณภาพ เอื้อต่อการมีสถานะทันตสุขภาพที่ดี มีระบบรายงานข้อมูลที่สามารถวิเคราะห์ และนำมาพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ตามนโยบายสำคัญต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>1. สถานะทันตสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุ Caries free (คน) (\geq ร้อยละ 75) (เงื่อนไขเบื้องต้น ต้องมีการตรวจฟันมากกว่า ร้อยละ 50) - เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ (Caries free) (คน) (\geq ร้อยละ 72) (เงื่อนไขเบื้องต้น ต้องมีการตรวจฟันมากกว่า ร้อยละ 50) - เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (คน) (\geq ร้อยละ 80) (เงื่อนไขเบื้องต้น ต้องมีการตรวจฟันมากกว่า ร้อยละ 50) - ผู้ที่มีอายุ 60 ปีมีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ (\geq ร้อยละ 75) (เงื่อนไขเบื้องต้น ต้องมีการตรวจฟันมากกว่า ร้อยละ 50) <p>2. งานพัฒนาคุณภาพบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม (\geq ร้อยละ 30) - คุณภาพการรายงานตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข (รายเดือน) (\geq ร้อยละ 80 ของจำนวนหน่วยบริการ) - การพัฒนางาน (อสม.) ดีเด่น สาขาทันตสุขภาพ (อย่างน้อย จำนวน 1 คน / อำเภอ) โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 รอบ และใช้เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ของแต่ละรอบตามแนวทางที่กำหนด 		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข โดยการบริหารจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการทุกระดับ รพศ./รพท./รพช./ รพ.สต.		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 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	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

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

เกณฑ์การประเมินรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2567

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

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

หัวข้อการประเมิน	รวมคะแนน	คะแนนรวม ตัวชี้วัดย่อย (รายหัวข้อ การประเมิน)	คะแนนหลัง ถ่วงน้ำหนัก (รายหัวข้อ การประเมิน)
1. สถานะทันตสุขภาพ		20 คะแนน	3.00
- เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุ (Caries free) (คน) (เงื่อนไขเบื้องต้น ต้องมีการตรวจฟันมากกว่า ร้อยละ 50) (\geq ร้อยละ 75)	5 คะแนน		
- เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ (Caries free) (คน) (เงื่อนไขเบื้องต้น ต้องมีการตรวจฟันมากกว่า ร้อยละ 50) (\geq ร้อยละ 72)	5 คะแนน		
- เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) (คน) (เงื่อนไขเบื้องต้น ต้องมีการตรวจฟันมากกว่า ร้อยละ 50) (\geq ร้อยละ 80)	5 คะแนน		
- ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ (เงื่อนไขเบื้องต้น ต้องมีการตรวจฟันมากกว่า ร้อยละ 50) (\geq ร้อยละ 75)	5 คะแนน		



2. งานคุณภาพบริการ		10 คะแนน	2.00		
- ร้อยละการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม (> ร้อยละ 30)		5 คะแนน			
- คุณภาพการรายงานตัวชีวิตงานทันตสาธารณสุข (รายเดือน) (> ร้อยละ 80 ของจำนวนหน่วยบริการ)		5 คะแนน			
เกณฑ์การประเมินรอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2567					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก ≤ 1.00 คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก > 1.00 คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก > 2.00 คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก > 3.00 คะแนน	ผลรวมคะแนน หลังถ่วงน้ำหนัก > 4.00 คะแนน	
ที่มา :	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี 2. ข้อมูล 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการ 3. สรุปผลการนิเทศงานผสมผสาน 4. สรุปผลการรายงานตัวชีวิตงานทันตสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี 5. สรุปผลการดำเนินงาน Best practice 6. ระบบรายงานการบริหารเวชภัณฑ์ สำนักบริหารสาธารณสุข 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
Based line data		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2564	2565	2566
1. เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุ carie free (คน)		ร้อยละ	78.78	82.33	79.14
2. เด็ก 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ (caries free) (คน)		ร้อยละ	68.08	77.88	76.76
3. เด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (คน)		ร้อยละ	75.59	82.88	81.42
4. ผู้สูงอายุ 60 ปีมีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่		ร้อยละ	74.42	74.67	75.17
5. ร้อยละการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม		ร้อยละ	34.05	28.75	35.75
6. คุณภาพการรายงานตัวชีวิตงานทันตสาธารณสุข (รายเดือน)		ร้อยละ	N/A	N/A	N/A
เอกสารสนับสนุน	ยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปาก กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชีวิต	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทพญ. อูมาพร รุ่งรัศมีทวีมานะ ตำแหน่ง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี Email : kunuma8766@gmail.com Mobile : 099-174-2289 2. ทพญ. มีทธนา บันสิทธิ์ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ Email : mebebee@hotmail.com Mobile : 081-547-2157 				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ทพญ. มีทธนา บันสิทธิ์ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ Email : mebebee@hotmail.com Mobile : 081-547-2157				

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 6	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ตัวชี้วัดที่ R 45	(ระดับความสำเร็จ) ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 40)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>1. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD)รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และงานเชิงรุก ในชุมชนซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์</p> <p>รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ</p> <p>03 สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระ เกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม</p> <p>04 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน</p> <p>08 ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล</p> <p>13 ศูนย์บริการสาธารณสุข</p> <p>18 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจวินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การปรุ้งยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การปรุ้งยาตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ - การทาบหม้อเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย

- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก
- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง
- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน

รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย

1. โรคสตรี: U50 ถึง U52
2. โรคเด็ก: U54 ถึง U55
3. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ U56 ถึง U60
4. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U61 ถึง U72
5. โรคและอาการอื่น: U74 ถึง U75
6. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค: U77

รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081)

- 1100 ผู้ป่วยได้รับการนัดเพื่อการรักษาที่บ้าน
- 1101 การบริการนัดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
- 1102 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน
- 11020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
- 1103 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน
- 1104 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
- 1105 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน
- 11050 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน
- 11051 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน
- 11052 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวด ที่บ้าน
- 11053 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน
- 11058 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน
- 1106 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการทักหม้อเกลือที่บ้าน
- 11060 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน
- 1107 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน
- 11070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน
- 11071 การให้คำแนะนำ หญิงหลังคลอด และการบริหารอาหารก ด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน
- 1108 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่นๆ ที่บ้าน
- 11080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน
- 11081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน

รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183)

- 11100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)
- 11101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายนวดกษัยปัจเวช เป็นต้น
- 11102 การให้บริการสมาธิบำบัด
- 11103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)



	<p>1I104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนฟแอสซิสต์ (Nerve Assist)</p> <p>1I105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)</p> <p>1I110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy)</p> <p>1I111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอท (Krtogenic Diet)/อาหารพร่องแป้ง (Low-carb Diet)</p> <p>1I112 การให้บริการแม็คโครไบโอติก (Macrobiotics)</p> <p>1I113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน - เย็น</p> <p>1I180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)</p> <p>1I181 การให้บริการพลังบำบัดเช่นพลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น</p> <p>1I182 การให้บริการกัวซา (Guasa)</p> <p>1I183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับสมดุลร่างกาย ด้วยอาหารและสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพที่ดี)</p> <p>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน</p> <p>1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78</p> <p>2. รหัสวินิจฉัยรูปแบบกลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification/ Syndrome differentiation in Chinese Medicine) : U79</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย									
<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 2567</td> <td>ปีงบประมาณ 2568</td> <td>ปีงบประมาณ 2569</td> <td>ปีงบประมาณ 2570</td> </tr> <tr> <td>ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 40)</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 45)</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 50)</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 55)</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 45)	ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 50)	ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 55)	
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570						
ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 45)	ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 50)	ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 55)						
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปทุมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย สอน. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่ได้รับการปทุมภูมิในชุมชน (กิจกรรมบริการบุคคล/เยี่ยมบ้าน)</p>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปทุมภูมิ</p>								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>								
แหล่งข้อมูล	<p>43 แฟ้ม (PERSON/ PROVIDER/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ COMMUNITY_SERVICE)</p>								
รายการข้อมูล 1 (A)	<p>A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปทุมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย</p>								



	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 ทั้งนี้ไม่นับรวมรหัส Z
รายการข้อมูล 1 (B)	B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส 3 หลัก ขึ้นต้นด้วย U50 ถึง 176 หรือแพทย์แผนจีนที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U78 ถึง U79 ทั้งนี้ หากมีหัตถการหรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า 1 รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ 1 ครั้ง (visit)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
วิธีประเมินผล	1. ข้อมูลจาก HDC สสจ.อุบลราชธานี 2. ข้อมูลจากการนิเทศงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567	
คะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	< ร้อยละ 36.9
2 คะแนน	ร้อยละ 37-37.9
3 คะแนน	ร้อยละ 38-38.9
4 คะแนน	ร้อยละ 39-39.9
5 คะแนน	ร้อยละ 40 ขึ้นไป
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. แนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 4. หลักสูตรเวชปฏิบัติของแพทย์แผนไทยเพื่อปฏิบัติงานในทีมผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางปวันรัตน์ โสตแก้ว ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทร. 092-242-5588 อีเมลล์ Pawanrat.Sot@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางปวันรัตน์ โสตแก้ว ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทร. 092-242-5588 อีเมลล์ Pawanrat.Sot@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 6	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ตัวชี้วัดที่ R 46	(ระดับความสำเร็จ) ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น (เพิ่มขึ้นร้อยละ 4)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69</p> <p>คำนิยามด้านการแพทย์แผนไทย</p> <p>อัมพฤกษ์ (Paresis) อัมพาต (paralysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้อง กับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตกหรือเกิดจาก สมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่าเกิดจากลมอโรคมาวาตา และลมอุทังคมาวาตา พัดระคนกัน (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ,2542: 2546) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U61.0 ถึง U61.19</p> <p>การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. การรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก <ul style="list-style-type: none"> - การนวดเพื่อการรักษา ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ - การฝังเข็ม 3. การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณานำยาในกลุ่มรายการยารักษาอาการกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ยาแก้ลมอัมพฤกษ์, ยาผสม

โคคลาน, ยาผสมเกาวัลย์เปรี๊ยะ และยาสหัชชารามาใช้เพื่อร่วมรักษาอาการของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (บัญชียาหลักแห่งชาติ, 2558)

เงื่อนไขการให้รหัสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

1. แพทย์แผนปัจจุบัน ให้รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

- เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: I60
- เลือดออกในสมองใหญ่: I61
- เลือดออกในกะโหลกศีรษะแบบอื่นที่ไม่เกิดจากการบาดเจ็บ: I62
- เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I63
- โรคอัมพาตเฉียบพลันไม่ระบุว่าเกิดจากเลือดออก, เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด : I64
- อุดตัน,ตีบของหลอดเลือดแดงก่อนถึงสมองไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I65
- อุดตัน,ตีบของหลอดเลือดแดงของสมอง แต่ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด:

I66

- โรคหลอดเลือดสมองอื่น: I67
- โรคหลอดเลือดสมองในโรคที่จำแนกไว้ที่อื่น: I68
- ผลที่ตามมาของโรคหลอดเลือดสมอง: I69

2. แพทย์แผนไทย ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 อย่างไรก็ดีอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับอัมพฤกษ์ อัมพาต ดังนี้

- อัมพฤกษ์หรือ ลมอัมพฤกษ์: U61.0
- อัมพาตครึ่งซีก: U61.10
- อัมพาตครึ่งท่อนล่าง: U61.11
- อัมพาตทั้งตัว: U61.12
- อัมพาตเฉพาแชน: U61.13
- อัมพาตเฉพาชา: U61.14
- อัมพาตหน้า: U61.15
- อัมพาตชนิดอื่น ที่ระบุรายละเอียด: U61.18
- อัมพาต ไม่ระบุรายละเอียด: U61.19

ควบคู่กับการให้หัตถการแผนไทย (900-77-00) ถึง (900-78-88) หรือการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับที่มี รหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 ในพื้นที่รับผิดชอบในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

3. แพทย์แผนจีน ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 อย่างไรก็ดีอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และโรคตามมาจากรโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

- โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลมภายใน (Apoplectic wind stroke): U78.110
- อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Prodrome of wind stroke): U78.111



	<ul style="list-style-type: none"> - โรคตามมาจากโรคหลอดเลือดสมอง (Sequelae of wind stroke): U78.112 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณแขนง (Collateral stroke): U78.113 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณหลัก (เส้นจิง) โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการหนักขึ้น (Meridian stroke): U78.114 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะกลาง โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเบาว่าโรคหลอดเลือดสมองที่อวัยวะต้น (Bowel stroke): U78.115 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะต้น (Visceral stroke): U78.116 - อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): U78.117 <p>ควบคู่กับการให้หัตถการการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> 9991801 Electro-acupuncture therapy 9991810 Single-handed needle insertion 9021801 Subcutaneous electro-needling 9991811 Double-handed needle insertion 9031801 Muscle electro-needling 								
เกณฑ์เป้าหมาย									
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 2567</td> <td style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 2568</td> <td style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 2569</td> <td style="width: 25%;">ปีงบประมาณ 2570</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 15</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 25</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570						
ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25						
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) เข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base)								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ทั้งผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แพ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี								
แหล่งข้อมูล	43 แพ้ม (PERSON/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ADMISSION/ DIAGNOSIS_IPD/ DRUG_IPD/ PROCEDURE_IPD/)								
รายการข้อมูล 1 (A)	A = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการแพทย์แผนไทยฯ (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ควบคู่กับ U61.0 ถึง U61.19 และให้หัตถการ (900-77-00) ถึง (900-78-88) หรือส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับที่มีรหัส ขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัว มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ควบคู่กับ U78.110 ถึง U78.117 และให้หัตถการแพทย์แผนจีน 9991801 หรือ 9991810 หรือ 9021801 หรือ 9991811 หรือ 9031801 ใดๆอย่างหนึ่ง ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก								



รายการข้อมูล 2 (B)	B = จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)			
วิธีการประเมินผล	1. ข้อมูลจาก HDC สสจ.อุบลราชธานี 2. ข้อมูลจากการนิเทศงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
เอกสารสนับสนุน	1. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical Practice Guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 4. แนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู			
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567				
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)				
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)				
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน			
1 คะแนน	< ร้อยละ 7.9			
2 คะแนน	ร้อยละ 8 - 8.9			
3 คะแนน	ร้อยละ 9 - 9.9			
4 คะแนน	ร้อยละ 10 - 10.9			
5 คะแนน	ร้อยละ 11 ขึ้นไป			
เอกสารสนับสนุน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง (Intermediate Care) ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ	คน	-	9,761	-
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ และมี การวินิจฉัยโรคและอาการ ที่มีรหัส 3หลักขึ้นต้นด้วย I60 -I69 ตามด้วยรหัสโรค U78110-U78117	คน	-	759	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายวิวัฒน์ ถิณถาวร โทร. 084-606-9938 อีเมลล์ got.jila2522@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ	นายวิวัฒน์ ถิณถาวร โทร. 084-606-9938			



ดำเนินงาน	อีเมลล์ got.jila2522@gmail.com
-----------	--------------------------------

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่ 3	โครงการป้องกันและควบคุมการติดยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ตัวชี้วัดที่ R 47	การพัฒนางาน RDU โรงพยาบาลและชุมชน
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 47.1	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ ประหยัด สมเหตุผลและโปร่งใส
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ ประหยัด สมเหตุผลและโปร่งใส ต้องดำเนินการ 3 หัวข้อ ดังนี้ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.RDU Province ความปลอดภัยจากการใช้ยา และความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผล 2.การจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา 3.อัตราคลังทั้งระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล <p>1.RDU Province ความปลอดภัยจากการใช้ยา และความรอบรู้ด้านการใช้ยา สมเหตุผล จะต้องผ่านตัวชี้วัด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. อำเภอดำเนินการตามเกณฑ์ PLEASE และผ่าน RDU ระดับโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ข้อขึ้นไป 1.2. รพ.สต.ในอำเภอผ่านเกณฑ์ RDU รพ.สต. (ภาพรวมอำเภอมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในอำเภอ (นับรวม รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจ สู่อปท.) 1.3. มีการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาผ่านโปรแกรม HPVC และผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านโปรแกรม TAWAI 1.4. มีกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผลให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่จบใหม่หรือเข้ามาทำงานใหม่, คนเดิม และประชาชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เช่น จัดอบรม จัดป้ายนิเทศการให้ความรู้ เอกสารเผยแพร่ เป็นต้น 1.5 คลินิก \geq ร้อยละ 50 ของคลินิกทั้งหมดในอำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินตนเองระดับ 2 (คะแนน \geq ร้อยละ 50) 1.6 ร้านยา ขย.1 \geq ร้อยละ 50 ของร้านยาขย.1 ทั้งหมด ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5 โดยได้คะแนน \geq ร้อยละ 80 <p>2. การจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาจะต้องผ่านตัวชี้วัด ดังนี้</p> <p>ผลการดำเนินการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของ รพ.ต้องมากกว่าร้อยละ 30 ของการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์ การแพทย์ และวัสดุเอกซเรย์)</p>



	<p>3. อัตราคงคลังทั้งระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องผ่านตัวชี้วัด ดังนี้</p> <p>3.1. อัตราคงคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเภสัชกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัสดุเอกซเรย์) ใน รพ. ไม่เกิน 3 เดือน</p> <p>3.2. อัตราคงคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเภสัชกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัสดุเอกซเรย์) ใน รพ.สต. ไม่เกิน 2 เดือน (นับรวม รพ.สต.ที่ถ่ายโอนสู่ อปท.ด้วย)</p>
เกณฑ์เป้าหมายปี 2567 :	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 3 หัวข้อ (ความสำเร็จระดับ 5)
วัตถุประสงค์	เพื่อให้สถานพยาบาลทุกระดับมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ มาตรฐาน ประหยัด สมเหตุผล โปร่งใส และให้บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนมีความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา
กลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลทั้งภาครัฐทุกระดับ รพ., สสอ, รพ.สต. และสถานพยาบาลเอกชน, คลินิก, ร้านยา, บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และประชาชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดึงข้อมูลจากโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข, โปรแกรม HPVC, TAWAI, การนิเทศงาน ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม, การประเมินตนเอง, การประเมินผลการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)
<p>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567</p> <p>1. RDU Province ความปลอดภัยจากการใช้ยา และความรอบรู้ด้านการใช้ยา สมเหตุผล จะต้องผ่านตัวชี้วัด ดังนี้</p> <p>1.1. อำเภอดำเนินการณตามเกณฑ์ PLEASE และผ่าน RDU ระดับโรงพยาบาล มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ข้อขึ้นไป</p> <p>1.2. รพ.สต.ในอำเภอดำเนินการณตามเกณฑ์ RDU รพ.สต. (ภาพรวมอำเภอกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งหมด ในอำเภอ (นับรวม รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจ สู่ อปท.)</p> <p>1.3. มีการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาผ่านโปรแกรม HPVC และผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านโปรแกรม TAWAI</p> <p>1.4. มีกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาสมเหตุผลให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่จบใหม่หรือเข้ามาทำงานใหม่, คนเดิม และประชาชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เช่น จัดอบรม จัดป้ายนิเทศการให้ความรู้ เอกสารเผยแพร่ เป็นต้น</p> <p>1.5. คลินิก \geq ร้อยละ 50 ของคลินิกทั้งหมดในอำเภอดำเนินการณตามเกณฑ์ประเมินตนเองระดับ 2 (คะแนน \geq ร้อยละ 50)</p> <p>1.6. ร้านยา ขย.1 \geq ร้อยละ 50 ของร้านยา ขย.1 ทั้งหมด ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5 โดยได้คะแนน \geq ร้อยละ 80</p> <p>2. การจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาจะต้องผ่านตัวชี้วัด ดังนี้</p> <p>ผลการดำเนินการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของ รพ.ต้องมากกว่าร้อยละ 30 ของการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัสดุเอกซเรย์)</p> <p>3. อัตราคงคลังทั้งระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องผ่านตัวชี้วัด ดังนี้</p> <p>3.1. อัตราคงคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเภสัชกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัสดุเอกซเรย์) ใน รพ. ไม่เกิน 3 เดือน</p> <p>3.2. อัตราคงคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเภสัชกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัสดุเอกซเรย์) ใน รพ. ไม่เกิน 3 เดือน</p>	

การแพทย์ และวัสดุเอกซเรย์) ใน รพ.สต.ไม่เกิน 2 เดือน (นับรวม รพ.สต.ที่ถ่ายโอนสู่อปท.ด้วย) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา และเวชภัณฑ์มีไข้ยาที่มีประสิทธิภาพ ประหยัด สมเหตุผลและโปร่งใส	
<i>ความสำเร็จระดับ 1</i> ผ่านเกณฑ์ 1 หัวข้อ (หัวข้อใดก็ได้ใน 3 หัวข้อ) <i>ความสำเร็จระดับ 2</i> ผ่านเกณฑ์ 2 หัวข้อ (หัวข้อใดก็ได้ใน 3 หัวข้อ) <i>ความสำเร็จระดับ 3</i> ผ่านเกณฑ์ 3 หัวข้อ โดยหัวข้อที่ 1 (ต้องผ่านข้อย่อยอย่างน้อย 2 ข้อ) <i>ความสำเร็จระดับ 4</i> ผ่านเกณฑ์ 3 หัวข้อ โดยหัวข้อที่ 1 (ต้องผ่านข้อย่อยอย่างน้อย 4 ข้อ) <i>ความสำเร็จระดับ 5</i> ผ่านเกณฑ์ 3 หัวข้อ โดยหัวข้อที่ 1 (ต้องผ่านข้อย่อยจำนวน 6 ข้อ)	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1
2 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 2
3 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 3
4 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 4
5 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 5
วิธีการประเมินผล	ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข, โปรแกรม HPVC, TAWAI, ผลการดำเนินงาน, ผลการประเมินตนเอง, ผลการตรวจร้านยา GPP ผลการนิเทศติดตาม ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวนันทิกร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ Jutharat.216@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผล การดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1.ภญ.รัญญา มังคละพลัง ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ เบอร์โทร 091-017-3759 2.ภญ.ภาวินี พุฒเขียว ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ เบอร์โทร 081-879-3199 3.ภญ.วิชชุดา สืบสาย ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ เบอร์โทร 045-243 301 ต่อ 202 4.ภก.วิรัตน์ พวงจันทร์ ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ เบอร์โทร : 086-256-4539



ตัวชี้วัดย่อยที่ R 47.2	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (Rational Drug Use in Community : RDU Community) หมายถึง การออกแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยงทั้งสถานบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยาและการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย</p> <p>การพัฒนากระบวนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน แบ่งเป็น 5 กิจกรรมหลัก (5 key Activities) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล (Proactive Hospital based Surveillance) 2.การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community based Surveillance) 3.การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation) 4.การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) 5.การสร้างความรู้ด้านใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy) <p>ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน RDU community ต้องดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ปรับปรุงข้อมูลร้านชำในพื้นที่ ปีละ 1 ครั้ง 2.การสำรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในแหล่งจำหน่ายในชุมชน : ร้านชำ โดยใช้ หอมแดง application 3.มีกระบวนการการสร้างรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Literacy) ให้แก่ผู้ประกอบการร้านชำและอาสาสมัครสาธารณสุข 4.อำเภอมีร้านชำปลอดภัย เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 แห่งต่อ 1 ตำบล 5.กำหนดชุมชนในการดำเนินงาน RDU community อย่างน้อย อำเภอละ 1 ชุมชน ให้ดำเนินการดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 5.1 มีเครือข่ายในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน อำเภอละ 1 เครือข่าย : อสม อย.น้อย บวร.ร องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค 5.2 มีกระบวนการคืนข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและจัดการปัญหาในชุมชน



เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	มีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย เกิดความคุ้มค่าในการรักษา โดยการใช้ยา ลดการใช้ยาโดยไม่จำเป็นในชุมชน สร้างเครือข่ายด้าน RDU		
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล , ผู้ประกอบการร้านค้า โรงเรียน อสม. และเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมหมอดแดง การนิเทศงาน ลงพื้นที่ที่ตรวจเยี่ยม สรุปรายการดำเนินงานของพื้นที่ ประเมินกระบวนการทำงาน ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน และการรายงานผลการดำเนินงาน		
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมหมอดแดง รายงานการดำเนินงาน ผลการนิเทศติดตาม ลงพื้นที่ที่ตรวจเยี่ยม		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 (1 ตค.66 – 28 กพ.67) ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2567 (1 เมย.67 – 15 สค.67)		
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567			
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน			
<ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับปรุงข้อมูลร้านชำในพื้นที่ ปีละ 1 ครั้ง 2. การสำรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในแหล่งจำหน่ายในชุมชน : ร้านชำ โดยใช้หมอดแดง application 3. มีกระบวนการความสร้างรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Literacy) ให้แก่ผู้ประกอบการร้านชำ และอาสาสมัครสาธารณสุข 4. อำเภอมีร้านชำปลอดภัย เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 แห่ง ต่อ 1 ตำบล 5. กำหนดชุมชนในการดำเนินงาน RDU community อย่างน้อย อำเภอละ 1 ชุมชน ให้ดำเนินการดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 5.1 มีเครือข่ายในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน อำเภอละ 1 เครือข่าย : อสม. อย.น้อย บวร.ร.องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค 5.2 มีกระบวนการคืนข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและจัดการปัญหาในชุมชน 			
<i>ความสำเร็จระดับ 1</i> ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 1 และข้อ 2			
<i>ความสำเร็จระดับ 2</i> ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 3 และมีการเฝ้าระวังร้านชำทุกแห่ง โดยโปรแกรมหมอดแดง ครอบคลุม 50 % ของ รพ.สต.ในแต่ละอำเภอ			
<i>ความสำเร็จระดับ 3</i> ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 4 และมีการเฝ้าระวังร้านชำทุกแห่ง โดยโปรแกรมหมอดแดง ครอบคลุม 60 % ของ รพ.สต.ในแต่ละอำเภอ			
<i>ความสำเร็จระดับ 4</i> ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 5.1 และมีการเฝ้าระวังร้านชำทุกแห่ง โดยโปรแกรมหมอดแดง ครอบคลุม 60 % ของ รพ.สต.ในแต่ละอำเภอ			
<i>ความสำเร็จระดับ 5</i> ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 5.2 และมีการเฝ้าระวังร้านชำทุกแห่ง โดยโปรแกรมหมอดแดง ครอบคลุม 60 % ของ รพ.สต.ในแต่ละอำเภอ			
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน		



1 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1
2 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2
3 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3
4 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3+4
5 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1+2+3+4+5
วิธีการประเมินผล	ประเมินเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ โปรแกรมทอมแดง ผลการดำเนินงาน ผลการนิเทศติดตามลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวนันทิกกร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ Jutharat.216@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด ภญ.ภาวินี พุฒเขียว ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ เบอร์โทร 081-879-3199

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence
แผนงานที่ 7	การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ตัวชี้วัดที่ R 48	การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 48.1	ความสำเร็จการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน วิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการส่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</p>

<p>หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน หมายถึง หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p> <p>รายงาน หมายถึง รายงานข้อมูลร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน WWW.EMSDUBON.COM โดยรายงานข้อมูลไม่เกินวันที่ 5 ของเดือนถัดไป</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ 		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัด ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) 2. จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A , S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3. จากการบันทึกข้อมูลในเว็บ EMSDUBON.COM 		
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS), ข้อมูลในเว็บ EMSDUBON.COM		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการนิเทศงาน		
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567			
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)			
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)			
ข้อ	ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมิน	
1	0.5 คะแนน	มีคำสั่งการดำเนินงานให้มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับอำเภอ	
	0.5 คะแนน	มีการกำหนด ประเด็นการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตในวาระการประชุม พชอ.	
2	0 คะแนน	ไม่มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับพื้นฐาน ใน อปท.	
	0.5 คะแนน	มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับ อปท. ครอบคลุม น้อยกว่า 80 %	
	1 คะแนน	ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับ อปท. มากกว่า 80 % ของ อปท. ทั้งหมดในอำเภอ	
3	0 คะแนน	ไม่มีรายงานข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามกำหนด	
	0.5 คะแนน	รายงานตรงตามเวลา แต่ไม่ครบถ้วน หรือไม่ถูกต้อง	
	1 คะแนน	รายงานครบถ้วนและตรงตามเวลา	
4	0 คะแนน	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่ำกว่า 20.00 %	



	1 คะแนน	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ช่วงระหว่าง 20.00 – 27.99 %			
	2 คะแนน	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มากกว่าหรือเท่ากับ 28 %			
คะแนนเต็ม 5 คะแนน					
เอกสารสนับสนุน :	1. รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS 2. รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจาก รพ.ระดับ A , S และ M1 ภาครัฐ ทุกแห่ง 3. รายงานข้อมูลในเว็บ EMSDUBON.COM				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data					
	Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2564	2565	2566
	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดย EMS	จำนวนครั้ง	15,608	15,285	18,543
	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)	จำนวนครั้ง	83,217	93,967	113,295
	ที่มา : WWW.EMSDUBON.COM	ร้อยละ	18.75	16.26	16.36
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชีวิต	1. นางสาวอลิษา สุพรรณ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 262-692 โทรศัพท์มือถือ : 081-790-4981 โทรสาร : 045 – 241-918 E-mail : Alisuphan@hotmail.com 2. นายเอกชัย จรูญเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 262-692 โทรศัพท์มือถือ : 086 – 461-9299 โทรสาร : 045 - 241918 E-mail : MR.AKK1669@gmail.com 3. นายรณชัย ขอสืบ เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 088-270-9437 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : ton.ronachai@gmail.com				
ผู้ประสานงานตัวชีวิต	นายรณชัย ขอสืบ เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 088-270-9437 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : ton.ronachai@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	รพศ., รพท.,รพช., สนง.สาธารณสุขอำเภอ, กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายรณชัย ขอสืบ เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 088-270-9437 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : ton.ronachai@gmail.com				
ตัวชี้วัดย่อยที่ R 48.2	ระดับความสำเร็จของการพัฒนา เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลทุกระดับ (ทั้งที่ ER และ Admit)				
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน				
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5				



<p>คำนิยาม</p>	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในท้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขภัยด้าน การแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)</p> <p>แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ (1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน</p> <p>ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน หมายถึง ผู้มารับบริการห้อง อุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) <u>โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</u></p> <p>“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉินและอยู่ระหว่างการส่งต่อ</p> <p>ผู้ป่วย severe traumatic brain injury หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งในภายหลังก็ได้</p> <p>รายงาน หมายถึง รายงานข้อมูลร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน WWW.EMSDUBON.COM โดยรายงานข้อมูลไม่เกินวันที่ 5 ของเดือนถัดไป</p> <p>Dead Case Conference หมายถึง การประชุมทบทวนกรณี การเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ทั้ง Trauma และ Non-Trauma</p>								
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ระดับ triage level 1 ภายใน 24 ชั่วโมง ทั้ง Trauma และ Non-Trauma</p>									
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 12</td> </tr> </table>		ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70						
น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12	น้อยกว่าร้อยละ 12						
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติ 2. ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 								



ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) 2. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT 3. ระบบข้อมูลจาก www.emsdubon@gmail.com / ระบบข้อมูล ITEMS	
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกระดับ (S,A,P)	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 3 เดือน (รายไตรมาส)	
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567 รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)		
ข้อ	ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 คะแนน	0 คะแนน	ไม่มี Guideline ในการดูแลผู้ป่วย Triage level 1
	1 คะแนน	มี Guideline Trauma Fast Track โดยเฉพาะระบบ severe Traumatic brain injury
1 คะแนน	0 คะแนน	ไม่มีการบันทึกรายงานข้อมูล จำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ตามกำหนด
	0.5 คะแนน	รายงานตรงตามเวลา แต่ไม่ครบถ้วน หรือไม่ถูกต้อง
	1 คะแนน	รายงานครบถ้วนและตรงตามเวลา
2 คะแนน	0 คะแนน	ไม่มีการทบทวน Dead Case Conference
	1 คะแนน	มีการทบทวนอย่างน้อย Dead Case Conference 2 Case ขึ้นไป
	2 คะแนน	มีการทำ Dead Case Conference และนำมา ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และมีหลักฐานการปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน
1 คะแนน	0 คะแนน	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน triage level 1 ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล (ทั้งที่ ER และ Admit) มากกว่าร้อยละ 12
	1 คะแนน	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน triage level 1 ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 12
คะแนนเต็ม 5 คะแนน		
เอกสารสนับสนุน :	1. http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/ คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
จำนวน ของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ที่เสียชีวิต ภายใน 24 ชั่วโมง (ทั้งที่ ER และ Admit)	คน	1,365	1,237	1,039
จำนวน ของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ทั้งหมด	คน	22,640	25,311	26,607
ร้อยละ	ร้อยละ	6.02	4.88	3.90
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.ระดับโรงพยาบาล คือ ผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลทุกแห่ง 2.ระดับจังหวัด คือ 2.1 นางสาวอลิษา สุพรรณ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045- 262-692 โทรศัพท์มือถือ : 081- 790-4981 โทรสาร : 045- 241-918 E-mail : Alisuphan@hotmail.com 2.2 นายเอกชัย จรุงเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 262-692 โทรศัพท์มือถือ : 086 – 461-9299 โทรสาร : 045 – 241-918 E-mail : MR.AKK1669@gmail.com 2.3 นายรณชัย ขอสืบ เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โทร. 088-270-9437 E-mail : ton.ronachai@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. ระดับโรงพยาบาล คือ ผู้รับผิดชอบงาน ระดับอำเภอทุกแห่ง 2. ระดับจังหวัด คือ นายรณชัย ขอสืบ เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โทร. 088-270-9437 E-mail : ton.ronachai@gmail.com			



ยุทธศาสตร์ที่ 3

People Excellence Strategy

(บุคลากรเป็นเลิศ)



ยุทธศาสตร์ที่ 3 People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)

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

เกณฑ์เป้าหมาย

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

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2567 -2570

ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569	ปีงบประมาณ2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำผลการประเมินHPI และ Happinometer มาใช้พัฒนาองค์กร พัฒนาบุคลากร การบริหารงานและส่งเสริมความสุขบุคลากร
2. เพื่อพัฒนาหน่วยงานให้เป็นองค์กรแห่งความสุขตามเกณฑ์มาตรฐาน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

- ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดังรายละเอียดต่อไปนี้
1. การบันทึกแบบประเมิน Happinometer : บุคลากรทุกคนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกคน ได้แก่ ข้าราชการ, พนักงานกระทรวง, ลูกจ้างประจำ, พนักงานราชการ, ลูกจ้างชั่วคราว (ไม่รวมลูกจ้างโครงการและพนักงานจ้างเหมา)
โดย นับจำนวนบุคลากรที่เข้าไปบันทึกแบบประเมิน Happinometer ของกระทรวงฯ ที่จัดทำขึ้น มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 ขึ้นไป
 2. การบันทึกแบบประเมิน HPI : ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน เข้าไปบันทึกแบบประเมิน HPI ของกระทรวงฯ
- การนับหน่วยงานองค์กรความสุข (HPI)**
1. นับหน่วยงานที่ดำเนินการพัฒนาองค์กรความสุข (HPI) : ซึ่งหน่วยงานที่นับจำนวนมีดังนี้
 - 1.1 สสจ.อบ./รพศ./รพท./รพช. รวมจำนวน 27 หน่วยงาน
 - 1.2 สสอ. จำนวน 25 หน่วยงาน รวมหน่วยงานทั้งหมดในจังหวัดอุบลฯ ที่ต้องดำเนินการ HPI คือ 52 หน่วยงาน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลจากการกรอกแบบสอบถามผ่าน Online base หรือ Mobile App based ของกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล

ข้อมูลจากการบันทึกโปรแกรมแบบสอบถามของกระทรวงสาธารณสุข

รายการข้อมูล 1

A : จำนวนบุคลากรที่กรอกแบบประเมิน ประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)

รายการข้อมูล 2

B : จำนวนบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ข้อมูลการตอบแบบประเมิน Happinometer = $(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 3	C : นับจำนวน ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน เข้าไปกรอกแบบประเมิน HPI ของกระทรวงฯ
รายการข้อมูล 4	D : จำนวนผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน ทั้งหมดของหน่วยงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ข้อมูลการตอบแบบประเมิน HPI = $(C/D) \times 100$
รายการข้อมูล 5	E : จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข
รายการข้อมูล 6	F : จำนวนหน่วยงานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	นับจำนวน องค์กรแห่งความสุข = $(E/F) \times 100$
หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข ประเมินจาก 1. ค่าคะแนนรวมของ HPI มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 2. จัดทำเป็นรูปแบบวิชาการ KM ได้แก่ Success story telling, Bright spot	
เกณฑ์การประเมิน	เอกสารอ้างอิงจากรายละเอียด Happinometer กระทรวงสาธารณสุข
แนวทางการประเมิน	ผลการดำเนินงานเทียบตามเกณฑ์การให้คะแนน
เอกสารสนับสนุน	เอกสารอ้างอิงรายละเอียด HPI และ Happinometer ของ สสส. และกระทรวงสาธารณสุข
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ทุกหน่วยงาน มีการกรอกข้อมูล HPI และ Happinometer ร้อยละ 90 ตามที่กระทรวงฯแจ้งหนังสือดำเนินการ
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567: รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)	
ระดับ	เกณฑ์ประเมิน
ระดับที่ 1	1. มีการมอบหมายตัวชี้วัด ระบุผู้รับผิดชอบชัดเจนจัดประชุมชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานด้านดัชนีความสุขของบุคลากร (Happinometer) และความสุขขององค์กร (Happy Public Organization : HPI) 2. มีการประเมินความสุขของบุคลากรโดยใช้เครื่องมือ (Happinometer) และผู้บริหารประเมินความสุขขององค์กรโดยใช้เครื่องมือ(Happy Public Organization : HPI) โดยมีกลุ่มเป้าหมายตอบแบบประเมิน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 ขึ้นไป
ระดับที่ 2	1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขระดับอำเภอ มีรายงานการประชุมคณะกรรมการ 2. มีการวิเคราะห์ผล และแปลผลความสุขของบุคลากร (Happinometer) และความสุขขององค์กร (Happy Public Organization : HPI)
ระดับที่ 3	1. นำผลการวิเคราะห์มาดำเนินการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข(HPI) และพัฒนาความสุขของบุคลากร (Happinometer) รายมิติในด้านที่บกพร่อง 2. มีการดำเนินงานตามแผน โดยกำหนดวิธีการดำเนินงานในการประเมินผลความสำเร็จของแผนงานโครงการที่ชัดเจน



ระดับที่ 4	1. มีการสรุปความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ 2. มีการรายงานผลความสำเร็จของโครงการ ปัญหา อุปสรรค และถอดบทเรียนในแต่ละกิจกรรมตามแผนที่ดำเนินการ และจัดทำเป็นรูปแบบวิชาการ KM ได้แก่ Success story telling, Bright spot, World Café Method เป็นต้น
ระดับที่ 5	1. เป็นองค์กรที่มีค่าคะแนนในระดับยอดเยี่ยม เป็นองค์กรแห่งความสุขตามเกณฑ์ HPIมีการคัดเลือกผลงานหรือโครงการที่ดำเนินการ เป็นวิชาการ 1 เรื่อง ในรูปแบบ KM ได้แก่ Success story telling, Bright spot เพื่อเตรียมส่งผลงานวิชาการเข้าประกวดเวทีวิชาการทุกประเภท
การประเมินผลแบบ Mile Stone	
คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 คะแนน	ดำเนินการได้ระดับ 1
2 คะแนน	ดำเนินการได้ระดับ 1+2
3 คะแนน	ดำเนินการได้ระดับ 1+2+3
4 คะแนน	ดำเนินการได้ระดับ 1+2+3+4
5 คะแนน	ดำเนินการได้ระดับ 1+2+3+4+5
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1: นางสาวเสาวลักษณ์ ภาคทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 086-648-2118 E mail Saowaluk2118@gmail.com 2 : นางธิดารัตน์ บุญทรง นักรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 089-626-9853 E mail thidarat.hrubon@gmail.com
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานตัวชี้วัด	นางสาวเสาวลักษณ์ ภาคทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 086-648-2118 E mail Saowaluk2118@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 3	People Excellence
แผนงานที่ 10	การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ 1	โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ R 50	บุคลากร (หน่วยบริหาร/บริการ) ได้รับการพัฒนาศักยภาพสอดคล้องกับนโยบายและทิศทางขององค์กร
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การพัฒนา หมายถึง กระบวนการที่มุ่งที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน ความรู้ความสามารถ ทักษะ และทัศนคติของบุคลากรให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น เพื่อให้บุคลากรที่ได้รับการพัฒนา สามารถปฏิบัติงานได้ผลตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพตามแนวทางหรือหลักสูตรที่สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยการพัฒนาสามารถทำได้หลายวิธี เช่น S = Self-Directed Study (ศึกษาด้วยตนเอง), C = Continuing (เข้ารับการศึกษาคอนติจิวอิง), E = E-Learning (เรียนรู้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์), OJT = On Job Training (สอนงานในขณะที่ปฏิบัติงานจริง), A = Assignment (มอบหมายงาน/โครงการ), J = Job Rotation (การหมุนเวียนงาน), W = Workshop, Class, Seminar (ฝึกอบรมสัมมนา)</p> <p>บุคลากร หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบคลุม ทุกกลุ่ม 5 สาขาวิชาชีพ 38 สายงาน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข 2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย 2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา 3. บุคลากรสนับสนุนวิชาชีพ (Associates Health personal) มี 6 สายงาน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่เวชสถิติ เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ 4. บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) มี 11 สายงาน ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่พัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่สนับสนุนศึกษา เจ้าหน้าที่เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่ธุรการ



นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

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

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

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

3) หน่วยงานมีการบริหารจัดการด้านการพัฒนากำลังคน หมายถึง มีกระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนที่ต้องการพัฒนา ศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้งการกำหนดหลักสูตรด้านการฝึกอบรมพัฒนา ที่ตอบสนองยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

4) หน่วยงานมีการบันทึกข้อมูลการศึกษาต่อและฝึกอบรมในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุข (HROPS) หมายถึง มีการดำเนินการบันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวการลาศึกษาต่อและฝึกอบรม ปีงบประมาณ 2567 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 1 สัปดาห์ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล และแจ้ง กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

3.1 หลักสูตรทางการบริหาร ที่จัดโดยวิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข เช่น ผบก., ผบต.

3.2. หลักสูตรการพัฒนารองรับการพัฒนาศักยภาพระบบบริการตาม Service Plan และ SAP

3.3 บุคลากรที่กลับจากลาศึกษาต่อ

5) หน่วยงานมีการประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการพัฒนา กำลังคนของหน่วยงาน หมายถึง มีกระบวนการติดตามและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของหน่วยงานด้านการวางแผนความต้องการและพัฒนาบุคลากร/ การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการ เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม



เกณฑ์เป้าหมาย			
องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดผล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย
1) การวางแผนการผลิต และพัฒนากำลังคน	1.กระบวนการจัดทำแผน 1.1.แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผน กำลังคนของเขต) โดยมีความ ครอบคลุมกลุ่มสาขา/วิชาชีพ 5 กลุ่มเป้าหมาย 1.2. แผนพัฒนาบุคลากร ของ หน่วยงานและสอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ (4 Excellence ตาม ยุทธศาสตร์ 20 ปี) SAP, Service Plan	1. .แผนความ ต้องการกำลังคน (จำนวนที่ สอดคล้องกับแผน กำลังคนของเขต) 2. แผนพัฒนา บุคลากร เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ 4 Excellence , SAP, Service Plan	5 ระดับ
2) การบริหาร งบประมาณด้านพัฒนา กำลังคน	การใช้งบประมาณได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และทันเวลา	การเบิกจ่าย งบประมาณได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	5 ระดับ
3) การบริหารจัดการ ด้านการพัฒนากำลังคน	การจัดสรร/การกระจาย/ กลุ่มเป้าหมายของบุคลากร อย่างเหมาะสม(ทั้งด้านจำนวนและ ศักยภาพ) ให้มีความสอดคล้องกับ ความต้องการของหน่วยงาน (พกส, นักเรียนทุน, พรกข้าราชการ)	มีจำนวนการพัฒนา กำลังคนได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	5 ระดับ
4) การบันทึกข้อมูลการ ลาศึกษาต่อฝึกอบรมใน ระบบฐานข้อมูล สารสนเทศเพื่อการ บริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุข (HROPS)	เพื่อให้ระบบการจัดการฐานข้อมูลมี คุณภาพและสามารถนำไปใช้งานได้	ฐานข้อมูล HROPS ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน ในกลุ่มบุคลากรดังนี้ 1.1 กลุ่มบุคลากร ที่ เตรียมเข้าสู่ตำแหน่งที่ สูงขึ้น 1.2.และบุคลากรได้รับ การพัฒนารองรับการ พัฒนาระบบบริการ 1.3 บุคลากรได้รับวุฒิ การศึกษา หรือวุฒิบัตร ผ่านการอบรม เพิ่มเติม	5 ระดับ
5) การประเมินผล กระทบบการบริหาร	1.ปรับปรุง/พัฒนาแนวทางการบริหาร จัดการ เพื่อให้ระบบการบริหารจัดการที่ มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาการ	1.จำนวนบุคลากรได้รับ การพัฒนา เพื่อเตรียม เข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น	5 ระดับ



จัดการพัฒนากำลังคน ของหน่วยงาน	พัฒนากำลังคน 2.การลดข้อร้องเรียนและ การต่อรองทาง วิชาชีพที่อาจก่อให้เกิดความเสียหาย	หรือค่าตอบแทนที่ เพิ่มขึ้น 2.จำนวนข้อ ร้องเรียน/ อัตราการย้าย ลาออกลดลง	
วัตถุประสงค์	1.เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพัฒนาศูนย์บริการและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็ง ของระบบสุขภาพ 2. เพื่อให้ได้บุคลากรที่มีคุณภาพเพียงพอต่อการยกระดับมาตรฐานบริการสุขภาพ (Service Plan, SAP)		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสาธารณสุขทุกประเภท 5 สาขาวิชาชีพ 38 สายงาน		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. แผนพัฒนาทักษะ และสมรรถนะบุคลากร ของหน่วยบริการสุขภาพ 2. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)		
ระยะเวลาการประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2567		
เกณฑ์การประเมิน	ความสำเร็จระดับ 5 (ปีงบประมาณ 2567- 2570)		
ค่าเป้าหมายรายไตรมาส ปี 2567			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	1) มีการวางแผนการผลิตและพัฒนา กำลังคนครอบคลุมตามกลุ่มเป้าหมาย 2. การบริหารงบประมาณด้านพัฒนา กำลังคนมีการเบิกจ่ายงบประมาณ 3) การบริหารจัดการด้านการพัฒนา กำลังคนมีการส่งบุคลากรเข้ารับการ ฝึกอบรม 4) การบันทึกข้อมูลการลาศึกษาต่อ ฝึกอบรมในระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุข (HROPS)	-	1). การบริหารงบประมาณด้านพัฒนา กำลังคนมีการเบิกจ่ายงบประมาณครบ 100 % 2) การบริหารจัดการด้านการพัฒนา กำลังคนมีการ ส่งบุคลากรเข้ารับการ ฝึกอบรมครอบคลุมตามกลุ่มเป้าหมาย 100 % 3) การบันทึกข้อมูลการลาศึกษาต่อ ฝึกอบรมในระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุข (HROPS) ถูกต้องและเป็น ปัจจุบัน 100 % ตามกลุ่มเป้าหมาย 4.) ไม่มีผลกระทบจากระบบ บริหาร จัดการพัฒนากำลังคนของหน่วยงาน (เรื่องร้องเรียน)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. แผนพัฒนาทักษะ และสมรรถนะบุคลากร ของหน่วยบริการสุขภาพ 2. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)		



เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)

เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 5 องค์ประกอบ มีรายละเอียดระดับคะแนน ดังนี้

องค์ประกอบ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ
1) การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน	5 คะแนน	แผนความต้องการพัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาองค์กร: SAP, Service Plan ,และครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (ทุกสายงาน) ทุกระดับบริการ
	4 คะแนน	แผนความต้องการพัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาองค์กร: SAP, Service Plan และครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	3 คะแนน	แผนความต้องการพัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาองค์กร: SAP, Service Plan และครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	2 คะแนน	แผนความต้องการพัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาองค์กร: SAP, Service Plan และครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
	1 คะแนน	แผนความต้องการพัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมทั้ง 2 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ
2) การบริหารงบประมาณด้านพัฒนากำลังคน	5 คะแนน	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ 100 ในไตรมาส 4
	4 คะแนน	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ≥ 80 ในไตรมาส 3
	3 คะแนน	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ≥ 70 ในไตรมาส 2
	2 คะแนน	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ≥ 60 ในไตรมาส 2
	1 คะแนน	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ 60 ในไตรมาส 2
3) การบริหารจัดการด้านการพัฒนากำลังคน	5 คะแนน	บุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น และบุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนการยกระดับสถานบริการ SAP หรือ ตาม Service plan ได้รับการพัฒนา ร้อยละ 100
	4 คะแนน	บุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น และบุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนการยกระดับสถานบริการ SAP หรือ ตาม Service plan ได้รับการพัฒนา \geq ร้อยละ 80
	3 คะแนน	บุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น และบุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนการยกระดับสถานบริการ SAP หรือ ตาม Service plan ได้รับการพัฒนา \geq ร้อยละ 70
	2 คะแนน	บุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น และบุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนการยกระดับสถานบริการ SAP หรือ ตาม Service plan ได้รับการพัฒนา \geq ร้อยละ 60



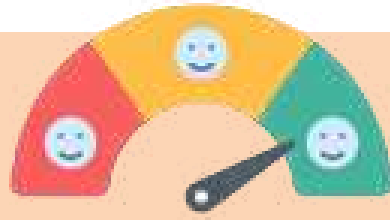
	1 คะแนน	บุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น และบุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนการยกระดับสถานบริการ SAP หรือ ตาม Service plan ได้รับการพัฒนา ต่ำกว่าร้อยละ 60
4) การบันทึกข้อมูลการศึกษาต่อ ฝึกอบรมในระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)	5 คะแนน	การบันทึกข้อมูลการศึกษาต่อและฝึกอบรมในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน ร้อยละ 100
	4 คะแนน	การบันทึกข้อมูลการศึกษาต่อและฝึกอบรมในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน \geq ร้อยละ 80
	3 คะแนน	การบันทึกข้อมูลการศึกษาต่อและฝึกอบรมในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน \geq ร้อยละ 70
	2 คะแนน	การบันทึกข้อมูลการศึกษาต่อและฝึกอบรมในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน \geq ร้อยละ 60
	1 คะแนน	การบันทึกข้อมูลการศึกษาต่อและฝึกอบรมในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน ต่ำกว่าร้อยละ 60
	5) การประเมินผลกระทบระบบ การบริหารจัดการพัฒนากำลังคน ของหน่วยงาน	5 คะแนน
4 คะแนน		มีปัญหาเรื่องจัดการการพัฒนากำลังคนของหน่วยงาน ไม่เกินร้อยละ 1 ของจำนวนบุคลากร
3 คะแนน		มีปัญหาเรื่องจัดการการพัฒนากำลังคนของหน่วยงาน ไม่เกินร้อยละ 2 ของจำนวนบุคลากร
2 คะแนน		มีปัญหาเรื่องจัดการการพัฒนากำลังคนของหน่วยงาน ไม่เกินร้อยละ 3 ของจำนวนบุคลากร
1 คะแนน		มีปัญหาเรื่องจัดการการพัฒนากำลังคนของหน่วยงาน มากกว่าร้อยละ 3 ของจำนวนบุคลากร
คะแนนเต็ม 25 คะแนน (ปรับฐาน 5 คะแนน เทียบบัญญัติไตรยางค์)		
เอกสารสนับสนุน	คู่มือการบันทึกข้อมูลใน HROPS ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1: นางสาวพัชรา หงษ์สุวรรณ (นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ) เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 089-849-9205 E mail : hrdubon@gmail.com 2 : นางธิดารัตน์ บุญทรง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 089-626-9853 E mail thidarat.hrubon@gmail.com	
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวพัชรา หงษ์สุวรรณ (นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ) เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 089-849-9205 E mail : hrdubon@gmail.com	

ยุทธศาสตร์ที่ 3	People Excellence		
แผนงานที่ 10	การพัฒนากระบวนการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ		
โครงการที่ 1	โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ		
ตัวชี้วัดที่ R 51	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานหน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน		
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5		
คำนิยาม	<p>องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T หมายถึง องค์กรที่มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการองค์กรให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด สามารถตอบสนองความต้องการผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง และนำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยขับเคลื่อนการดำเนินการขององค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T ประกอบด้วย</p> <p>T1 Trust หมายถึง การสร้างความไว้วางใจแก่ประชาชน บุคลากรขององค์กร และเครือข่าย</p> <p>T2 Teamwork & Talent หมายถึง การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนผู้มีความสามารถโดดเด่นในงาน ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี</p> <p>T3 Technology หมายถึง การใช้เทคโนโลยีให้เกิดผลิตภาพ และบริการที่มีคุณค่า เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การสื่อสารภายในองค์กรรวดเร็ว แม่นยำ</p> <p>T4 Target หมายถึง การทำงานที่มุ่งเป้าหมาย คนทำงานมีความสุข องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง ที่มุ่งผลลัพธ์ในการพัฒนาองค์กร (Result) ให้เกิดกับประชาชน เพื่อเป็นการยกระดับการพัฒนาองค์กร และการขยายผลการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ได้อย่างเป็นรูปธรรม</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
องค์กรสมรรถนะสูงกระทรวง สาธารณสุข MOPH-4T ระดับจังหวัด 5 แห่ง (สสจ.,รพท.,รพช.,สสอ., รพสต. 5 แห่ง)	องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T ระดับจังหวัด 12 แห่ง (สสจ.,รพท.,ทุกแห่ง รพช., สสอ. โชนละ 1 แห่ง)	องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T ระดับจังหวัด 16 แห่ง (สสจ.,รพท.,ทุกแห่ง รพช.,สสอ.,รพ.สต. โชนละ 1 แห่ง)	องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T ระดับจังหวัด 28 แห่ง (สสจ.,รพท.,ทุกแห่ง รพช. ,สสอ.,รพ.สต. โชนละ 2 แห่ง)

วัตถุประสงค์	1. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2568 ข้อ 6 พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น 2. เพื่อพัฒนาหน่วยงานให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง ด้วยแนวทาง 4T ที่เป็นรูปธรรม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 1. นับหน่วยงานที่ดำเนินการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง : ซึ่งหน่วยงานที่นับจำนวนมีดังนี้ 1.1 สสจ.อบ./รพท./รพช. รวมจำนวน 26 หน่วยงาน 1.2 สสอ. จำนวน 25 หน่วยงาน รวมหน่วยงานทั้งหมดในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่ต้องดำเนินการประเมินตนเอง (Self-Assessment) คือ 51 หน่วยงาน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยงานจัดส่งผลการประเมินตนเอง และผลการพิจารณาคัดเลือกหน่วยงานองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T พร้อมเอกสารหลักฐาน มายังกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
แหล่งข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการประเมินผล	1. หน่วยงานมีการประเมินผล (Self-Assessment) ตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T 2. คณะกรรมการบริหาร/คณะทำงานของหน่วยงาน ระดับจังหวัด มีการพิจารณาคัดเลือกหน่วยงานที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T ระดับจังหวัด เพื่อนำเสนอในระดับเขตสุขภาพและระดับกรม
เกณฑ์การประเมิน	เอกสารอ้างอิงจากรายละเอียด กระทรวงสาธารณสุข
แนวทางการประเมิน	ผลการดำเนินงานเทียบตามเกณฑ์การให้คะแนน
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567 รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)	
ระดับ	เกณฑ์ประเมิน
ระดับที่ 1	1. หน่วยงานมีการจัดทำแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง ของหน่วยงาน มีการมอบหมายตัวชี้วัด ระบุผู้รับผิดชอบชัดเจน 2. การจัดตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานการขับเคลื่อนการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงของหน่วยงาน
ระดับที่ 2	1. จัดประชุมชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรสมรรถนะสูงของหน่วยงาน เพื่อเป็นการสื่อสารสร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงาน 2. มีการศึกษาทำความเข้าใจ และวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ



ระดับที่ 3	1.หน่วยงานมีการประเมินผลตนเอง (Self-Assessment) ตามแนวทางการพัฒนาองค์กร สมรรถนะสูงกระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T ที่กำหนดไว้ 2.สรุปผลการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เสนอผู้บริหารหน่วยงาน และวางแผน ปรับปรุงพัฒนาองค์กร เพื่อขับเคลื่อนสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง
ระดับที่ 4	1.หน่วยงานมีการดำเนินการตามแผนการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง มีกำกับติดตาม ประเมินผลการพัฒนาองค์กร และสรุปความก้าวหน้านำเสนอผู้บริหาร 2. มีการรายงานผลความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง รายงาน ปัญหา อุปสรรค ถอดบทเรียน ปัจจัยสู่ความสำเร็จเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง ของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
ระดับที่ 5	เป็นองค์กรองค์กรสมรรถนะสูงกระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T ที่มีค่าคะแนนประเมิน ตนเอง (Self-Assessment) ในระดับที่ 5 ตามหลักเกณฑ์การประเมินของกระทรวง สาธารณสุข หรือมีผลงานโดดเด่น (Best Practice) ที่ส่งผลงานนำเสนอผลงานในเวที ระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพที่ 10 หรือระดับประเทศ
การประเมินผล	
คะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	ทำได้ระดับที่ 1
2 คะแนน	ทำได้ระดับที่ 1+2
3 คะแนน	ทำได้ระดับที่ 1+2+3
4 คะแนน	ทำได้ระดับที่ 1+2+3+4
5 คะแนน	ทำได้ระดับที่ 1+2+3+4+5
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1: นางสาวเสาวลักษณ์ ภาคทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 086-648-2118 E mail : Saowaluk2118@gmail.com 2 : นางธิดารัตน์ บุญทรง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 089-626-9853 E mail : thidarat.b@hotmail.co.th
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวเสาวลักษณ์ ภาคทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 086-648-2118 E mail : Saowaluk2118@gmail.com



ยุทธศาสตร์ที่ 4

Governance Excellence Strategy

(บริหารเป็นเลิศด้วยรรรมาภิบาล)



ยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence
แผนงานที่ 11	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 1	โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
ตัวชี้วัดที่ R 52	ระดับความสำเร็จการประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายใน หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2567
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การประเมินประสิทธิภาพการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ เป็นการประเมินระบบการควบคุมกำกับการทำงานให้มีความโปร่งใส ในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง กระบวนการเบิกจ่ายเงินให้มีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ทุกมิติ โดยมีการประเมิน 5 มิติ ได้แก่ มิติด้านการเงิน มิติด้านจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล มิติด้านงบการเงิน มิติด้านบริหารพัสดุ และมิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง</p> <p>ระดับความสำเร็จการประเมินประสิทธิภาพการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ หมายถึง ขั้นตอนการดำเนินงานประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ 2567</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.66-31 มี.ค.67) 4. ผู้ตรวจสอบภายในระดับกระทรวง/เขต ตรวจสอบผลการประเมินในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ และแจ้งผลการประเมินให้หน่วยบริการทราบ (15 ก.ค.67 เป็นต้นไป) 5. หน่วยบริการที่มีผลการประเมินต่ำกว่าร้อยละ 90 ต้องจัดทำแผนพัฒนาองค์กรและส่งในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ) <p>การประเมินผลระบบควบคุมภายใน การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการบริหารจัดการความเสี่ยง ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นไปตามมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ สามารถบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้</p> <p>ระดับความสำเร็จการประเมินผลระบบควบคุมภายใน หมายถึง ขั้นตอนการดำเนินงานประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในหน่วยงานในสังกัด</p>



<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ 2567 มีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายในและคณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน 2. หน่วยงานจัดทำ Flowchart การปฏิบัติงานตามระบบการควบคุมภายในครอบคลุมโครงสร้างหลักของหน่วยงาน 3. หน่วยงานจัดทำและจัดส่งรายงานสรุปผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.4 ส่วนงานย่อย) (ภายใน 30 ธันวาคม 2566) 4. หน่วยงานมีการวิเคราะห์ความเสี่ยง นำความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูงและสูงมากจัดทำและจัดส่งสรุปรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.5 ส่วนงานย่อย) ทันเวลา (ภายใน 30 ธันวาคม 2566) 5. หน่วยงานมีการจัดทำรายงานแก้ไขข้อบกพร่อง ภายใน 45 วัน 			
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
มากกว่าร้อยละ 92	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) รอบที่ 1 (1 ต.ค. 66 - 28 กพ. 67) รอบที่ 2 (1 เม.ย. 67 - 15 สค. 67)		
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2567:			
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ปี 2567 สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน (รอบที่ 1 และรอบที่ 2)			
<ol style="list-style-type: none"> 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 2567 สำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (รอบที่ 1 และรอบที่ 2)

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

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

เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data	Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2564	2565	2566
	หน่วยงานที่เกณฑ์	ร้อยละ	89.18	81.38	77.79
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายพิทักษ์ ทองทวน ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป โทร. 089-7226501 อีเมลล์ tuk_ubon@hotmail.com 2. นายอดิศักดิ์ ชามาตย์ หัวหน้างานตรวจสอบและควบคุมภายใน โทร. 082-1591889 อีเมลล์ Adisak.ubon2514@gmail.com กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 3. นางสาวโสภิญ์สุดา แสงเกาะ นักวิชาการเงินและบัญชี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-4524-2225 ต่อ 212 โทรศัพท์มือถือ : 084-334-9939 โทรสาร : 0-4524-3301 E-mail : s.sopitsuda@gmail.com				



หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นายอดิศักดิ์ ชามาตย์ หัวหน้างานตรวจสอบและควบคุมภายใน โทร. 082-1591889 อีเมลล์ Adisak.ubon2514@gmail.com กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2. นางสาวโสภิญ์สุดา แสงเกาะ นักวิชาการเงินและบัญชี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-4524-2225 ต่อ 212 โทรศัพท์มือถือ : 084-334-9939 โทรสาร : 0-4524-3301 E-mail : s.sopitsuda@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence
แผนงานที่ 11	การพัฒนาาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 1	โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
ตัวชี้วัดที่ R 53	ระดับความสำเร็จหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ปีงบประมาณ 2567
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หน่วยงานราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) เป็นไปภายใต้แนวคิดยิ่งเปิดเผยยิ่งโปร่งใส (More open, more transparent) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุมการปฏิบัติราชการในทุกมิติของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บหลักของหน่วยงานได้ ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามที่ปฏิทินกำหนด จำแนกเป็น 9 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย</p> <p>(1) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล ประกอบด้วย ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 2 ข้อ</p> <p>(2) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 2 ข้อ</p>



	(3) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 2 ข้อ (4) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส ข้อคำถาม: MOIT จำนวน 2 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: right;">รวม 22 ข้อ</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 92	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้รับทราบถึงสถานะและปัญหาการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 2. เพื่อเพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค นำมาตรการการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งในระดับนโยบายระดับปฏิบัติการ มาบังคับใช้ และปฏิบัติอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร 3. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้มีการจัดการข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบระเบียบ เตรียมความพร้อมในการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะให้ได้รับทราบและส่งเสริมให้เกิดการตรวจสอบ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	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) และไตรมาสที่ 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	<p>ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT)</p> <ol style="list-style-type: none"> ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) <p style="text-align: center;">ประเมินรอบที่ 1 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 67</p> <ol style="list-style-type: none"> ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี) ไตรมาสที่ 4 รอบ 12 เดือน (เดือนกันยายนของทุกปี) <p style="text-align: center;">ประเมินรอบที่ 2 วันที่ 15 สิงหาคม 67</p>
--------------------------	--

วิธีการประเมินผล

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

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

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

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

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

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**Based line data**

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
	ร้อยละ	98.08	100	100

ที่มา : HDC จังหวัดอุบลราชธานี

**ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**

นายพิทักษ์ มูลประดับ ตำแหน่งนิติกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 091-831-2263
นางสาวอภิรดี จิตรแสง ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายประเทือง คำภานันต์ ตำแหน่งนิติกรชำนาญการพิเศษ, โทร. 089-585-1157 นายพิทักษ์ มูลประดับ ตำแหน่งนิติกรชำนาญการ นางสาวอภิรดี จิตรแสง ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence								
แผนงานที่ 11	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ								
โครงการที่ 2	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ								
ตัวชี้วัดที่ R 54	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานตามนโยบาย One Health เครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับอำเภอ ปี 2567								
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน								
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5								
คำนิยาม	<p>One Health เป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหลายสาขาวิชาชีพ เพื่อ แก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนที่เกิดจากผลกระทบร่วมกันระหว่าง มนุษย์ สัตว์และสิ่งแวดล้อม</p> <p>One Health” (สุขภาพหนึ่งเดียว) คือแนวความคิดเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี แบบองค์รวมมุ่งเน้นการแก้ปัญหาสุขภาพที่รวมแนวทางปฏิบัติทางด้านสุขภาพของทั้งคน สัตว์ระบบนิเวศอาศัยความร่วมมือจากหลากหลายวิชาชีพทั้งแพทย์ สัตวแพทย์ นักวิชาการสิ่งแวดล้อม นักวิชาการเกษตร นักธรณีวิทยาและผู้เชี่ยวชาญต่างๆ รวมถึงการ ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันอย่างรวดเร็วเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตความเป็นอยู่ทางสุขอนามัยที่ดีขึ้น</p> <p>นโยบาย One Health สสจ.อุบลราชธานี คือ เป็นการบูรณาการการทำงาน ร่วมกันของหลายสาขาวิชาชีพ เพื่อแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนที่เกิดจากผลกระทบร่วมกัน ระหว่าง มนุษย์ สัตว์และสิ่งแวดล้อม โดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดร่วมกันทั้ง ทรัพยากรคน เงิน ของ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของเครือข่าย สุขภาพระดับอำเภอไม่แบ่งแยกแม่ข่ายหรือลูกข่าย</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 2567</td> <td>ปีงบประมาณ 2568</td> <td>ปีงบประมาณ 2569</td> <td>ปีงบประมาณ 2570</td> </tr> <tr> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570						
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5						
วัตถุประสงค์	เพื่อให้การดำเนินงานในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ บูรณาการการทำงานร่วมกัน โดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดร่วมกันทั้งทรัพยากรคน เงิน ของ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ทั้ง 25 อำเภอ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินระดับความสำเร็จในการดำเนินงานร่วมกัน								
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี								



ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)				
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567					
ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนนระดับความสำเร็จการดำเนินงาน One Health				
ขั้นที่ 1	คณะกรรมการ คปสอ.มีการประชุมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งและมีการส่งสรุปรายงานการประชุมให้กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สสจ.อุบลฯ ทราบ ทุกครั้ง (มีแผนการประชุม คปสอ.ส่ง สสจ.อบ.)				
ขั้นที่ 2	1.การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ 2.มีแผนการพัฒนางานในภาพเครือข่ายสุขภาพ ทั้งแผนการเงินการคลัง(Planfin) และแผนปฏิบัติการราชการประจำปี 2567 3. มีกิจกรรมค้ำรับรองการปฏิบัติการประจำปี MOU คปสอ. (ภาพกิจกรรม หลักฐาน)				
ขั้นที่ 3	มีการนิเทศงาน หน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกันอย่างน้อย 2 ครั้ง/แห่ง/ปี (ลูกข่ายรับนิเทศ100%) (ตรวจสอบแผนการนิเทศงาน คณะกรรมการที่ร่วมนิเทศ และข้อมูลเชิงประจักษ์)				
ขั้นที่ 4	มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม (แสดงให้เห็นเช่น ระบบ Central Supply / ระบบจัดการขยะติดเชื้อ / จัดบุคลากรสนับสนุนระบบทำงาน) อย่างน้อย 1 ระบบ มีการแก้ไขปัญหา พขอ.ในพื้นที่ เห็นภาพการดำเนินงานทั้งเครือข่าย อย่างบูรณาการงาน				
ขั้นที่ 5	มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม (แสดงให้เห็นเช่น ระบบ Central Supply / ระบบจัดการขยะติดเชื้อ / จัดบุคลากรสนับสนุนระบบทำงาน ตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป มีการแก้ไขปัญหา พขอ.ในพื้นที่ เห็นภาพการดำเนินงานทั้งเครือข่าย อย่างบูรณาการงาน (ผลลัพธ์เชิงประจักษ์)				
คะแนน	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5
1 คะแนน	ผ่าน				
2 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน			
3 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน		
4 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	
5 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
วิธีการประเมิน	ประเมินแบบ Milestone ตามขั้นตอน 5 ขั้นตอน				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางพรรษา ชื่นชูผล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร : 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางอุษณีย์ เกิดมี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร : 081-848-2883 Email : usanee31@yahoo.co.th หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th				

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence
แผนงานที่ 12	การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ตัวชี้วัดที่ R 55	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดอุบลราชธานี สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ระบบระเบียบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (PHR) ระบบหมอบริการ พัฒนาขึ้นเพื่อประโยชน์ ของประชาชน ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองภายหลัง การเข้ารับบริการตรวจรักษาจากหน่วยบริการ สุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เข้าร่วม โครงการกับแพลตฟอร์มหมอบริการ ตามสิทธิของผู้ป่วยในการเข้าถึงข้อมูล การเข้ารับการรักษาของตัว และเพื่อประโยชน์แก่หน่วยบริการสุขภาพ ในการเชื่อมโยงและ แลกเปลี่ยนข้อมูล การดูแลสุขภาพของประชาชนระหว่างกันแบบไร้รอยต่อ ชุดข้อมูล PHR ระบบหมอบริการ รองรับทั้งข้อมูลจากระบบสารสนเทศของหน่วยบริการสุขภาพ (Health Information System : HIS) และจากระบบ Health Datacenter ของหน่วย บริการต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการ และข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องจะถูกประมวลผลในระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอบริการ เพื่อวิเคราะห์ ข้อมูลสุขภาพประชาชน รายบุคคล และคืนข้อมูลให้ประชาชนซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูล (Data subject) ผ่าน Mobile Application หมอบริการ</p> <p>การส่งข้อมูลระเบียบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (PHR) คือ การนำข้อมูล จากระบบสารสนเทศของหน่วยบริการสุขภาพ (Health Information System : HIS) ส่งเข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอบริการ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	
ปี งบประมาณ	เกณฑ์เป้าหมายแต่ละปี
2567	1.ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดส่งข้อมูลระเบียบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอบริการได้ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน 100 % 2.โรงพยาบาลดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
2568	1.ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดส่งข้อมูลระเบียบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอบริการได้ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน 100 % 2.โรงพยาบาลดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
2569	1.ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดส่งข้อมูลระเบียบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอบริการได้ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน 100 % 2.โรงพยาบาลดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

2570	1. ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดส่งข้อมูลระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อมได้ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน 100 % 2. โรงพยาบาลดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข		
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพหน่วยบริการทุกระดับ 2. เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการรับบริการ 3. เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ภายในจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง ชุดข้อมูลระบบระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (Personal Health Record: PHR) ระบบหมอพร้อม อ้างอิง https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/phr/		
แหล่งข้อมูล	ตรวจสอบการส่งข้อมูล ใน https://phr1.moph.go.th/dashboard/		
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนโรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลเป็นปัจจุบัน		
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบการประเมิน/ ปี รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2567)		
การติดตามรายไตรมาส			
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
หน่วยบริการมีการส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อมครบทุกแห่ง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	หน่วยบริการมีการส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อมครบทุกแห่ง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	หน่วยบริการมีการส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อมครบทุกแห่ง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	หน่วยบริการมีการส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อมครบทุกแห่ง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567			
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)			
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2567)			
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน		
1 คะแนน	โรงพยาบาลมีการส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อม		
2 คะแนน	โรงพยาบาลมีการส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อม เป็นปัจจุบัน		
3 คะแนน	โรงพยาบาลมีการส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อม เป็นปัจจุบันและครบถ้วน		



4 คะแนน	โรงพยาบาลมีการส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อม เป็นปัจจุบัน ครบถ้วน และมี Policy การส่งข้อมูลที่ชัดเจน
5 คะแนน	โรงพยาบาลมีการส่งข้อมูลส่วนบุคคล (PHR) เข้าระบบ MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อม เป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้อง และมี Policy การส่งข้อมูลที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร
เอกสารสนับสนุน	https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/phr/
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางหรรษา ชื่นชูผล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) โทรศัพท์มือถือ : 089-845-2255 2.นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง (นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ) โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599 3.นางสาวเย็นฤดี ศรีพรม (นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ชำนาญการ) โทรศัพท์มือถือ 097-137-6181
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง (นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ) โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence
แผนงานที่ 12	การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ตัวชี้วัดที่ R 56	ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน HAIT ของโรงพยาบาล ปี 2567
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล ชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>HAIT (Healthcare Accreditation Information Technology) หมายถึง คุณภาพสถานพยาบาลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ตามกรอบการพัฒนา คุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล Hospital IT Quality Improvement Framework (HITQIF v2, Feb.2021) และฉบับเพิ่มเติม (HAIT plus)</p> <p>ยื่นขอรับรอง HAIT หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการขออนุญาตยื่นขอรับรอง HAITตามขั้นตอน หรือได้รับการตรวจเยี่ยม หรือ ตรวจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ทุกระดับการขอรับรอง การดำเนินการยื่นขอรับรอง HAIT ตามขั้นตอนขอรับรองการตรวจเยี่ยม หรือ ขอรับรองการตรวจประเมินตามที่สมาคม เวชสารสนเทศไทย Thai Medical Informatics Association(TMI) กำหนดดังต่อไปนี้</p>

ขั้นตอนขอรับรองการตรวจเยี่ยม

1. โรงพยาบาลพร้อมรับการตรวจเยี่ยม ให้ติดต่อประสานมายังสมาคม TMI ทางอีเมลล์ official@tmi.or.th โดยแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน ก่อนกำหนดการที่คาดว่าจะขอรับการตรวจเยี่ยมฯ
2. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI แจ้งกำหนดนัดหมายวันตรวจเยี่ยม พร้อมแจ้งรายชื่อผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI 3 ท่าน ทางอีเมลล์ของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ
3. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI ส่งมอบแนวทางการนำเสนอการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล ทางอีเมลล์ของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ
4. โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารนำเสนอตามแนวทางการนำเสนอฯ แก่ทีมผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI ทางอีเมลล์ official@tmi.or.th และอีเมลล์ที่ได้รับแจ้งจากผู้ประสานงานของ สมาคม TMI ก่อนวันตรวจเยี่ยมอย่างน้อย 1-2 วัน
5. โรงพยาบาลเตรียมเอกสาร จำนวน 3 ชุด (Paper) ในวันตรวจเยี่ยม เพื่อประกอบการ นำเสนอและการตรวจสอบสำหรับ ทีมตรวจเยี่ยมสมาคม TMI
6. โรงพยาบาลได้รับการตรวจเยี่ยมจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI

ขั้นตอนขอรับรองการตรวจประเมิน

1. โรงพยาบาลพร้อมรับการตรวจประเมิน ให้ติดต่อประสานมายังสมาคม TMI ทางอีเมลล์ official@tmi.or.th โดยแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน ก่อนกำหนดการที่คาดว่าจะขอรับการตรวจประเมินฯ
2. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI แจ้งกำหนดนัดหมายวันตรวจประเมิน พร้อม แจ้งรายชื่อผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI 3 ท่าน ทางอีเมลล์ของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ
3. สมาคม TMI ส่งมอบแนวทางการนำเสนอการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล ทางอีเมลล์ของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ
4. โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารนำเสนอตามแนวทางการนำเสนอฯ แก่ทีม ผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI ทางอีเมลล์ official@tmi.or.th และอีเมลล์ที่ได้รับแจ้งจากผู้ประสานงานของสมาคม TMI ก่อนวันตรวจประเมินอย่างน้อย 1-2 วัน
5. โรงพยาบาลเตรียมเอกสาร จำนวน 3 ชุด (Paper) ในวันตรวจประเมิน เพื่อประกอบการนำเสนอ และการตรวจสอบสำหรับทีมตรวจประเมิน
6. โรงพยาบาลได้รับการตรวจประเมินจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI



เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT ครบ 100 % 2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ประเมินตนเอง ครบ 100% HAIT 3. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านการรับรอง HAIT ชั้นที่ 1 อย่างน้อย 1 แห่ง	1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านการรับรอง HAIT ชั้นที่ 1 อย่างน้อย 2 แห่ง 2. โรงพยาบาลชุมชนทุกโรงพยาบาล ผ่านการรับรอง HAIT ชั้นที่ 1 อย่างน้อย 1 แห่ง	1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ผ่านการรับรอง HAIT ชั้นที่ 1 อย่างน้อย 30% 2. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน ยื่นขอรับรอง HAIT ชั้นที่ 2	1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ผ่านการรับรอง HAIT ชั้นที่ 1 อย่างน้อย 60% 2. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน ผ่านการรับรอง HAIT ชั้นที่ 2 อย่างน้อย 30%
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อยกระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ให้ได้มาตรฐาน HAIT ตามความเหมาะสมกับขนาดและบริบทของโรงพยาบาล 2. เพื่อลดความเสี่ยงในการถูกคุกคามความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ด้านสาธารณสุข 3. เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ และภาพลักษณ์ในการใช้บริการด้านสาธารณสุข 4. เพื่อให้โรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล สามารถต่อยอดหรือปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของตนเองให้มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบท 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ภายในจังหวัดอุบลราชธานี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบสอบถามประเมินตนเองการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาล (HAIT) 2. สมาคม TMI ตรวจสอบจำนวนโรงพยาบาล ที่ได้รับการเยี่ยมหรือได้รับการตรวจประเมินจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประสานสมาคม TMI รวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานในระดับภาพรวมจังหวัด 			
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบสอบถามกลับจากหน่วยงาน 2. สมาคมเวชสารสนเทศไทย Thai Medical Informatics Association 			
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนโรงพยาบาลที่ ขอรับรอง / ประเมินตนเอง			
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)			
การติดตามรายไตรมาส				
	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
หน่วยบริการประเมินตนเองตามแบบฟอร์ม	หน่วยบริการประเมินตนเองตามแบบฟอร์ม เพื่อติดตามความก้าวหน้าดำเนินการ	หน่วยบริการประเมินตนเองตามแบบฟอร์ม เพื่อติดตามความก้าวหน้าดำเนินการ	หน่วยบริการประเมินตนเองตามแบบฟอร์ม เพื่อติดตามความก้าวหน้าดำเนินการ	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ยื่นขอรับรองเข้ารับการประเมิน HAIT



หน่วยบริการเข้ารับการ อบรมการพัฒนาคุณภาพ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาล (HAIT)	มีการดำเนินการตาม ขั้นตอนการยื่นขอรับรอง เพิ่มขึ้นจากไตรมาส 1	มีการดำเนินการตามขั้นตอนการ ยื่นขอรับรองเพิ่มขึ้นจาก ไตรมาส 2	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาล ทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน ผ่าน การรับรอง HAIT ชั้นที่ 1 อย่างน้อย 1 แห่ง
--	---	---	---

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567- 15 สิงหาคม 2567)

คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์ม
2 คะแนน	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์ม มีคะแนนประเมินตนเองในหัวข้อที่ดำเนินการแล้ว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
3 คะแนน	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์ม มีคะแนนประเมินตนเองในหัวข้อที่ดำเนินการแล้ว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
4 คะแนน	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์ม มีคะแนนประเมินตนเองในหัวข้อที่ดำเนินการแล้ว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
5 คะแนน	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์ม และยื่นขอรับรองการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยี สารสนเทศโรงพยาบาล (HAIT)

เอกสารสนับสนุน	https://tmi.or.th/downloads/
----------------	---



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
Level 1	แห่ง	-	-	1 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1.นางพรรษา ชื่นชูผล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-845-2255</p> <p>2.นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599</p> <p>3.นางสาวเย็นฤดี ศรีพรหม นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 097-137-6181</p>
--	---

หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
------------------------------------	---

ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599
-----------------------------	--

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



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

เกณฑ์เป้าหมาย

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

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

การติดตามรายไตรมาส

100 วัน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยบริการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ	หน่วยบริการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ	ร้อยละ 30 โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 50 โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับพื้นฐานขึ้นไป

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)



คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	-
2 คะแนน	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์มโรงพยาบาลอัจฉริยะ รอบ 100 วัน
3 คะแนน	โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านแบบฟอร์มโรงพยาบาลอัจฉริยะ รอบ 6 เดือน และผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ ไม่ต่ำกว่าด้านละ 160 คะแนน รวม 640 คะแนน (ประเมิน 4 ด้าน)
4 คะแนน	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ ไม่ต่ำกว่าด้านละ 160 คะแนน รวม 700 คะแนน
5 คะแนน	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ ไม่ต่ำกว่าด้านละ 160 คะแนน รวม 800 คะแนน
เอกสารสนับสนุน	https://tmi.or.th/downloads/
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางพรรษา ชื่นชุมผล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) โทรศัพท์มือถือ : 089-845-2255 2.นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง (นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ) โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599 3. นางสาวเย็นฤดี ศรีพรหม (นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ) โทรศัพท์มือถือ 097-137-6181
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง (นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ) โทรศัพท์มือถือ : 096-395-3599

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence
แผนงานที่ 13	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่ 2	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ตัวชี้วัดที่ R 58	ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพบัญชี (AC) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2567
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit : AC) -เครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน 1. โปรแกรมตรวจสอบประเมินคุณภาพบัญชี อิเลคทรอนิกส์ 2. คู่มือตรวจสอบงบทดลอง 3. คู่มือตรวจสอบบัญชี ระดับความสำเร็จ หมายถึง การที่หน่วยงานได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพบัญชี AC ได้ตามขั้นตอนเกณฑ์การดำเนินงานตาม Milestone 4 ขั้นตอน โดยมีกิจกรรมการ ดำเนินการดังต่อไปนี้



	<p>1. หน่วยบริการจัดทำทะเบียนคุม และแบบฟอร์มรายงาน ตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหน่วยบริการมีการนำเงินฝากคลังทุกเดือน</p> <p>1.1 จัดทำรายงานเงินคงเหลือประจำวันตามแบบฟอร์มที่กำหนด และยอดคงเหลือตรงกับบทดลอง ส่งให้ สสจ. ภายในวันที่ 10 ของเดือน (0.50 คะแนน)</p> <p>1.2 จัดทำรายงานลูกหนี้เงินยืมเงินบำรุงตามแบบฟอร์มที่กำหนด และยอดคงเหลือตรงกับบทดลอง ส่งให้ สสจ. ภายในวันที่ 10 ของเดือน (0.25 คะแนน)</p> <p>1.3 จัดทำทะเบียนคุมเงินฝากคลังตามแบบฟอร์มที่กำหนด และรายงานให้ สสจ. ทราบทุกเดือน (0.50 คะแนน)</p> <p>2. มีการรับรู้ประเภทรายการบัญชีถูกต้อง ตามหมวดบัญชี</p> <p>2.1 หมวด 1 สินทรัพย์ (0.25 คะแนน)</p> <p>2.2 หมวด 2 หนี้สิน (0.50 คะแนน)</p> <p>2.3 หมวด 4 รายได้ (0.25 คะแนน)</p> <p>2.4 หมวด 5 ค่าใช้จ่าย (0.25 คะแนน)</p> <p>หมวด 3 ต้องไม่มีรายการเคลื่อนไหว</p> <p>3. มีรายงานทางการเงินของลูกข่ายในเครือข่ายส่งครบทุกแห่ง ทุกเดือน (มีหลักฐานการกำกับติดตาม) และผ่านเกณฑ์ 50 คะแนน</p> <p>3.1 ลูกข่ายนำส่งบทดลองครบทุกแห่งและผ่านเกณฑ์ 50 คะแนน (0.25 คะแนน)</p> <p>3.2 ปรับปรุงลูกหนี้ค่ารักษา UC-OP ใน CUP (0.50 คะแนน)</p> <p>3.3 บันทึกวัสดุคงเหลือตามนโยบายบัญชีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกเดือน (0.50 คะแนน)</p> <p>4. ผลงาน(คุณภาพบัญชีของแม่ข่าย)ทาง website ผ่านเกณฑ์ 100 คะแนน (ตรวจสอบผ่าน website เชิงประจักษ์)</p> <p>4.1 แม่ข่ายนำส่งบทดลองและผ่านเกณฑ์ 100 คะแนน (0.25 คะแนน)</p> <p>4.2 บัญชีเงินที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ เท่ากับหรือมากกว่า เงินรับฝาก รายได้รอการรับรู้กรณีเป็นโครงการฯ (0.50 คะแนน)</p> <p>4.3 ส่งข้อมูลบริการประจำเดือน ภายในวันที่ 15 ของเดือน (0.50 คะแนน)</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย									
<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 2567</td> <td>ปีงบประมาณ 2568</td> <td>ปีงบประมาณ 2569</td> <td>ปีงบประมาณ 2570</td> </tr> <tr> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570						
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5						
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อสร้างระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>2. เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของงบการเงิน</p> <p>3. ใช้เป็นเครื่องมือปรับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง</p>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การพัฒนาคุณภาพบัญชี : เก็บข้อมูลจากระบบอิเล็กทรอนิกส์รายเดือน								
แหล่งข้อมูล	<p>จาก Website 1. Webonlineintra.gfmis.go.th</p> <p>2. www.hfo67.moph.go.th</p> <p>3. https://jad.moph.go.th/main/eia หรือ https://jad.moph.go.th/app</p>								



รายการข้อมูล 1	A= หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชี (แห่ง)
รายการข้อมูล 2	B= หน่วยงานที่เข้ารับการประเมิน (แห่ง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A \times 100$ B
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตค. 66 - 28 กพ. 67) รอบที่ 2 (1 เมย. 67 - 15 สค. 67)
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ Milestone 4 ขั้นตอน
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567	
รอบที่ 1 (1 ตค. 66 - 28 กพ. 67)	
รอบที่ 2 (1 เมย. 67 - 15 สค. 67)	
ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1.25 คะแนน	ข้อ 1.หน่วยบริการจัดทำทะเบียนคุม และแบบฟอร์มรายงาน ตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด 1.1 จัดทำรายงานเงินคงเหลือประจำวันตามแบบฟอร์มที่กำหนด และยอดคงเหลือตรงกับบททดลอง ส่งให้ สสจ. ภายในวันที่ 10 ของเดือน (0.50 คะแนน) 1.2 จัดทำรายงานลูกหนี้เงินยืมเงินบำรุงตามแบบฟอร์มที่กำหนด และยอดคงเหลือตรงกับบททดลอง ส่งให้ สสจ. ภายในวันที่ 10 ของเดือน (0.25 คะแนน) จัดทำทะเบียนคุมเงินฝากคลังตามแบบฟอร์มที่กำหนด และรายงานให้ สสจ.ทราบทุกเดือน (0.50 คะแนน)
1.25 คะแนน	ข้อ 2.มีการรับรู้ประเภทรายการบัญชีถูกต้อง ตามหมวดบัญชี 2.1 หมวด 1 สินทรัพย์ (0.25 คะแนน) 2.2 หมวด 2 หนี้สิน (0.50 คะแนน) 2.3 หมวด 4 รายได้ (0.25 คะแนน) 2.4 หมวด 5 ค่าใช้จ่าย (0.25 คะแนน) หมวด 3 ต้องไม่มีรายการเคลื่อนไหว
1.25 คะแนน	ข้อ 3.มีรายงานทางการเงินของลูกข่ายในเครือข่ายส่งครบทุกแห่ง ทุกเดือน (มีหลักฐานการกำกับติดตาม) 3.1 ลูกข่ายนำส่งบททดลองครบทุกแห่งและผ่านเกณฑ์ 50 คะแนน (0.25 คะแนน) 3.2 ปรับปรุงลูกหนี้ค่ารักษา UC-OP ใน CUP (0.50 คะแนน) 3.3 บันทึกวัสดุคงเหลือตามนโยบายบัญชีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกเดือน (0.50 คะแนน)
1.25 คะแนน	ข้อ 4.ผลงาน(คุณภาพบัญชีของแม่ข่าย)ทาง website (ตรวจสอบผ่าน website เชียงประจักษ์) 4.1 แม่ข่ายนำส่งบททดลองและผ่านเกณฑ์ 100 คะแนน (0.25 คะแนน) 4.2 บัญชีเงินที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ เท่ากับหรือมากกว่า เงินรับฝาก รายได้รอการรับรู้กรณีเป็นโครงการฯ (0.50 คะแนน) 4.3 ส่งข้อมูลบริการประจำเดือน ภายในวันที่ 15 ของเดือน (0.50 คะแนน)
รวมเป็น 5 คะแนน	



ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายพิทักษ์ ทองทวน โทร. 089-722-6501 2.นางลักษณะวะดี สุพรหม กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป โทร. 081-872-8400	ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป อีเมลล์ : tuk_ubon@hotmail.com ตำแหน่งหัวหน้างานการเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อีเมลล์ : lugsanavadee17@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางลักษณะวะดี สุพรหม กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป โทร. 081-872-8400	ตำแหน่งหัวหน้างานการเงินและบัญชี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อีเมลล์ : lugsanavadee17@gmail.com

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence		
แผนงานที่ 13	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ		
โครงการที่ 2	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง		
ตัวชี้วัดที่ R 59	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 4-7		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน		
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5		
คำนิยาม	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้		
ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความ รุนแรง ของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย	
1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์	
1.1 CR < 1.5	1	CR = สินทรัพย์หมุนเวียน / หนี้สินหมุนเวียน	
1.2 QR < 1.0	1	QR = เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสด และลูกหนี้ /หนี้สินหมุนเวียน	
1.3 Cash < 0.8	1	Cash Ratio = เงินสดและรายการ เทียบเท่าเงินสด /หนี้สินหมุนเวียน	
2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน	
2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NWC < 0	1	เงินทุนหมุนเวียน = สินทรัพย์หมุนเวียน หัก หนี้สินหมุนเวียน	

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

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569
ระดับ 7 = 0 ระดับ 4-6 = 0	ระดับ 7 = 0 ระดับ 4-6 = 0	ระดับ 7 = 0 ระดับ 4-6 = 0	ระดับ 7 = 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 ระดับโรงพยาบาลศูนย์,โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ7,ระดับ4-6



รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาล ศูนย์,โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)			
การติดตามรายไตรมาส				
มาตรการ	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1. หน่วยบริการมีและใช้ Planfin แผนเงินบำรุง แผนลงทุน	มีแผน Planfin แผนเงินบำรุง แผนลงทุน ครบทุกหน่วย	ใช้ Planfin แผนเงินบำรุง แผนลงทุน เป็นเครื่องมือ ในการบริหารหน่วยงาน	วิเคราะห์ส่วนต่างแผนการเงินกับรายงานทางการเงิน ระหว่างไตรมาส	สรุปเปรียบเทียบแผนการเงิน ของปีกับรายงานการเงิน ประจำปี
2. มีกระบวนการเฝ้าระวัง สถานการณ์การเงิน การคลัง	มีคำสั่งและมีการประชุม CFO	มีการประชุม วิเคราะห์ การเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลัง มีการประเมินอย่างต่อเนื่อง		
3. มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้	มีคำสั่งและมีการประชุม คณะกรรมการจัดเก็บรายได้	มีการประชุม ติดตาม กำกับ การจัดเก็บรายได้ทุกกองทุนเป็นประจำทุกเดือน		
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567				
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)				
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)				
ลำดับ	กิจกรรมดำเนินงาน	เอกสารประกอบการประเมิน/คะแนนแต่ละกิจกรรม		
1	มีการประชุมคณะกรรมการ CFO ทุกเดือน	สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการ CFO รอบ 6 เดือน 6 ครั้ง = 2 คะแนน 4-5 ครั้ง = 1 คะแนน 3 ครั้ง = 0.5 คะแนน < 3 ครั้ง = 0 คะแนน		
2	มีการประชุมคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ ทุกเดือน	สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการ ศูนย์รายได้ รอบ 6 เดือน 6 ครั้ง = 2 คะแนน 4-5 ครั้ง = 1 คะแนน 3 ครั้ง = 0.5 คะแนน < 3 ครั้ง = 0 คะแนน		
3	รายได้ตามเกณฑ์ ณ เดือนที่ปิดบัญชีแล้ว	รายได้ตามเกณฑ์ = 1 คะแนน รายได้ไม่ตามเกณฑ์ = 0 คะแนน		
4	ค่าใช้จ่ายไม่เกินเกณฑ์ ณ เดือนที่ปิดบัญชีแล้ว	ค่าใช้จ่ายไม่เกินเกณฑ์ = 1 คะแนน ค่าใช้จ่ายเกินเกณฑ์ = 0 คะแนน		
5	รายงานแผน-ผล เงินบำรุง ทุกเดือน	รายงานทุกเดือน = 1 คะแนน รายงานไม่ครบทุกเดือน = 0 คะแนน		
6	รายงานแผน-ผล เงินลงทุน ทุกเดือน	รายงานทุกเดือน = 1 คะแนน รายงานไม่ครบทุกเดือน = 0 คะแนน		
7	คงคลังรวมไม่เกิน 2 เดือน	ไม่เกิน 2 เดือน = 1 คะแนน มากกว่าเกิน 2 เดือน = 0 คะแนน		
8	Cash Ratio (CR)	CR \geq 1 = 1 คะแนน, CR 0.8-0.99 = 0.5 คะแนน, CR < 0.8 = 0 คะแนน		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2564	2565	2566
Risk score 7	แห่ง	0	0	0
Risk score 4-6	แห่ง	0	0	0
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	นางภานุณา มະโนมัย กลุ่มงานประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 062-564-4487 โทรศัพท์มือถือ : 064-081-5656

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence		
แผนงานที่ 13	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ		
โครงการที่ 2	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังตรงตามแผนปฏิบัติการ		
ตัวชี้วัดที่ R 60	ระดับความสำเร็จของอำเภอมีการบริหารจัดการด้านแผนอย่างมีประสิทธิภาพ ปี 2567		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน		
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5		
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการด้านแผน หมายถึง เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการของเครือข่ายบริการสุขภาพ เป็นแบบ Single plan คือ ทุกแผนรวมเป็นแผนเดียวกัน เช่น แผนปฏิบัติการ, แผนกองทุนสุขภาพตำบล แผนเงินบำรุง แผนงบอื่นๆ เป็นต้น และมีกระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2) การวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ 3) การนำนโยบายสาธารณสุขจากทุกระดับ ประกอบการวางแผนในพื้นที่ 4) แผนปฏิบัติการของหน่วยงานสอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหาของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย 5) มีการสื่อสารแผนปฏิบัติงานของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ 6) มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล 7) มีการติดตามความก้าวหน้า การสรุปการประเมินผล และมีการรายงานตามห้วงเวลาที่กำหนด 8) แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 9) มีการนำผลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานไปประกอบการวางแผนในรอบต่อไป 		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5

วัตถุประสงค์	เพื่อให้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ มีการบริหารจัดการแผน ให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องนโยบายระดับจังหวัด,เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข และมีความสอดคล้องกับแผนการเงินการคลัง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานของพื้นที่และตรวจสอบจากแผนปฏิบัติการที่ขอรับการอนุมัติ และดำเนินการตามโครงการ
แหล่งข้อมูล	แผนปฏิบัติการเครือข่าย/รายงานการเบิกจ่ายงบโครงการ
รายการข้อมูลที่ 1	A = เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ที่ผ่านเกณฑ์การบริหารจัดการแผนระดับ 5
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอทั้งหมด (25 แห่ง)
สูตรคำนวณ	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี รอบที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 รอบที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2567
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567 รอบที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567 รอบที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567	
คะแนน	เกณฑ์ประเมิน
ขั้นที่ 1	1.มีการแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2.มีการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขจากผลงาน รอบปีที่ผ่านมา 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 ตามห้วงเวลา 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 ประเมินแผนปฏิบัติการไม่รวมโครงการที่ใช้งบกองทุนสุขภาพตำบล



การประเมินแบบ Mile Stone					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ขั้นที่ 1	√				
ขั้นที่ 2	√	√			
ขั้นที่ 3	√	√	√		
ขั้นที่ 4	√	√	√	√	
ขั้นที่ 5	√	√	√	√	√
วิธีการประเมิน	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางหรรษา ชื่นชุมผล หน.กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร : 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjobon@hotmail.co.th				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางอุษณีย์ เกติมี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร : 081-848-2883 Email : usanee31@yahoo.co.th หรือ yut_ssjobon@hotmail.co.th				

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence		
แผนงานที่ 13	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ		
โครงการที่ 2	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังตรงตามแผนปฏิบัติการ		
ตัวชี้วัดที่ R 61	ร้อยละการบริหารจัดการงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2567		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน		
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5		
คำนิยาม	งบค่าเสื่อม หมายถึง งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม) ในรอบปีงบประมาณ 2567 เกณฑ์การประเมินรอบที่ 1 ประเมินการลงนามในสัญญาตามรายการในแผน เกณฑ์การประเมินรอบที่ 2 ประเมินผลการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมปีงบประมาณ 2567		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100



วัตถุประสงค์	ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน รวมทั้งติดตามเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณของหน่วยงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของหน่วยงาน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงานงบค่าเสื่อม website สปสช. และการเบิกจ่ายจริง (หลักฐานทางการเงิน)				
แหล่งข้อมูล	website สปสช.				
รายการข้อมูลที่ 1	A = วงเงินงบค่าเสื่อมปี 2567 ที่ได้ดำเนินการบันทึกลงใน website สปสช.				
รายการข้อมูลที่ 2	B = วงเงินงบค่าเสื่อมปี 2567 ที่ได้รับการจัดสรร				
สูตรคำนวณ	$\frac{A \times 100}{B}$				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2567				
วิธีการประเมินผล	1. ประเมินจากระบบโปรแกรมค่าเสื่อมของ สปสช. 2. รายงานงบค่าเสื่อม จาก สนง.สสจ.อุบลราชธานี 3. หลักฐานเชิงประจักษ์ (สำเนาสัญญา/เบิกจ่าย)				
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567					
รอบที่ 1 (ประเมินการทำสัญญาการจัดซื้อจัดจ้าง) (1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567)					
รอบประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบที่ 1 ประเมินการลงนามในสัญญา	<ร้อยละ 84	ร้อยละ 85-89	ร้อยละ 90-94	ร้อยละ 95-99	ร้อยละ 100
รอบที่ 2 (ประเมินผลลัพธ์มูลค่าการเบิกจ่ายงบประมาณ จัดซื้อจัดจ้าง) (1 เมษายน 2567 – 15 สิงหาคม 2567)					
รอบประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบที่ 2 ประเมินผลการเบิกจ่าย	<ร้อยละ 84	ร้อยละ 85-89	ร้อยละ 90-94	ร้อยละ 95-99	ร้อยละ 100
วิธีการประเมิน	ประเมินผลการบันทึกในโปรแกรม เว็บไซต์ สปสช.				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางพรรษา ชื่นชุมผล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร : 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjobon@hotmail.co.th				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นายรังสรรค์ ศรีล้วน (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร.: 095-613-6676 Email : Rangsan2517@gmail.com				

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence
แผนงานที่ 14	การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ตัวชี้วัดที่ R 62	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด หน่วยงานระดับอำเภอ
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
ค่าเป้าหมายปี 2567	ความสำเร็จระดับ 5
คำนิยาม	<p>1. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง 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 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 ของการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น 3) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทางหรือวิธีการผลิตสินค้า หรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิม ด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยี กระบวนการ และเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงานโดยรวมให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงขึ้น เช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนา กระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น

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

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

4. **การผลิต** หมายถึง การนำเอาปัจจัยการผลิตมาผ่านกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งภายใต้เทคโนโลยีระดับหนึ่งผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ หรือประโยชน์ทางเศรษฐกิจ
5. **การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์** หมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้
- 1) การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจชันสูตร การใช้อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น
 - 2) การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหยเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค เป็นต้น
 - 3) การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น
6. **ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์** หมายถึง ระบบบริหารจัดการองค์ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ทำหน้าที่ในการจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยี ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อนและหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล



เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5 (อย่างน้อยอำเภอ ละ 5 เรื่อง)	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดด้านสุขภาพในหน่วยงาน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขใน กลุ่มงาน/งาน/ศูนย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สสช./ศสม./PCC/PCU ในจังหวัดอุบลราชธานี ทั้ง 25 อำเภอ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. แฉงนับผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ด้านสุขภาพที่ผลิตโดย 1.1 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม เข้ารับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงานในเขตสุขภาพ 1.2 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม เข้ารับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุขและวารสารวิชาการสาธารณสุขอุบลราชธานี 1.3 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมนำเสนองานวิชาการระดับจังหวัด เขต และกระทรวง 1.4 ผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ด้านสุขภาพที่ผ่านการอ่านบททวนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และบรรณาธิการวารสารวิชาการต่างๆ ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่		
แหล่งข้อมูล	1. สรุปผลงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีประจำปี 2567 2. สรุปผลการดำเนินงานสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับประจำปี 2567		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2567		
การติดตามรายไตรมาส			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - มีการวางแผนการจัดทำนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมสุขภาพ - มีการคัดเลือกการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (1 เรื่อง) 	<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(มีผลงานวิจัยครั้งแรกใน ปี 2567) - มีการเผยแพร่องค์ความรู้ - มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานนวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้าน



<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนปฏิบัติการประจำปี 2567 - มีแผนงบประมาณในการทำนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ 			<p>สุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการระดับจังหวัดขึ้นไป
--	--	--	---

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2567

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

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

เกณฑ์ประเมิน

ความสำเร็จระดับ 1

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

ความสำเร็จระดับ 2

- มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม

ความสำเร็จระดับ 3

- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้นวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ
- มีรูปภาพกิจกรรมการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประกอบ

ความสำเร็จระดับ 4

- มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน
- มีรายงานความก้าวหน้าการจัดทำนวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ
- มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน
- มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม

ความสำเร็จระดับ 5

- มีการรายงานผลการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (อย่างน้อย 1 เรื่อง)
- มีรายงานผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านสุขภาพ ประจำปี อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง
- มีนักวิจัยหน้าใหม่ของหน่วยบริการ (มีผลงานวิจัยครั้งแรกในปี 2567)
- มีการเผยแพร่องค์ความรู้
- มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการคิดค้นนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ
- เผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการระดับจังหวัดขึ้นไป อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง

การประเมินผล

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

เอกสารสนับสนุน :	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 ด้านสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในงาน ประชุมวิชาการระดับจังหวัด / เขต / กระทรวงสาธารณสุขประจำปี					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data						
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)				
ผลงานวิจัย/R2R ด้าน สุขภาพได้รับการพัฒนา และนำไปถ่ายทอดเผยแพร่	เรื่อง	2562	2563	2564	2565	2566
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางเกตุศิริรินทร์ 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					
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี					
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางเกตุศิริรินทร์ ฉิมพลี ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 122 โทรศัพท์มือถือ : 081-966-6632 E-mail : ketsirind@hotmail.com					

- ⚙️ เป็นนายตนเอง
- ⚙️ เร่งสร้างสิ่งใหม่
- ⚙️ ใส่ใจประชาชน
- ⚙️ ถ่อมตนอ่อนน้อม



- ค่านิยมองค์กร
- ⚙️ รับผิดชอบ
 - ⚙️ ตรงต่อเวลา
 - ⚙️ พัฒนาเป็นนิจ
 - ⚙️ จิตบริการ
 - ⚙️ ทำงานเป็นทีม