



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ โรงพยาบาลโขงเจียม โทร ๐ ๔๕๓๕ ๑๒๘๘-๘

ที่ อบ ๐๐๓๓.๐๐๙.๐๓/ ๔๐๒ วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติเผยแพร่ นโยบายและแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลโขงเจียม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม

เรื่องเดิม

ตามประกาศคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ(สำนักงาน ป.ป.ช.) ได้ดำเนินโครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) โดยได้นำกรอบการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช. (พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔) มาประยุกต์พัฒนาและปรับปรุงรายละเอียด ข้อคำถามตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ(MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) เพื่อให้เข้าบริบทการบริหารราชการของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค โดยมีประเด็นการประเมิน จำแนกออกเป็น ๙ ตัวชี้วัด นั้น

ข้อพิจารณา

จึงเห็นควรให้ดำเนินการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ นโยบายและแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลโขงเจียม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ให้หน่วยงานอื่นและสาธารณชนทั่วไปทราบ บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลโขงเจียม

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุญาตให้ดำเนินการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ นโยบายและแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล โขงเจียม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ให้หน่วยงานอื่นและสาธารณชนทั่วไปทราบ ต่อไป

(นายตรองทรัพย์ สายกนก)

นักวิชาการพัสดุ

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพฯ

อนุญาต/อนุมัติ

(นายสิทธิพงษ์ อุ่นทวง)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการ
โรงพยาบาลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑
สำหรับหน่วยงานราชการบริหารในส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลโขงเจียม วัน/เดือน/ปี : ๒ ธันวาคม ๒๕๖๗ หัวข้อ : เผยแพร่ นโยบายแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลโขงเจียม ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ รายละเอียด ตามประกาศคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ(สำนักงาน ป.ป.ช.) ได้ดำเนินโครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) โดยได้นำกรอบการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช. (พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔) มาประยุกต์พัฒนาและปรับปรุงรายละเอียดข้อคำถามตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ(MOPH Open DataIntegrityand Transparency Assessment : MOIT) เพื่อให้เข้าบริบทการบริหารราชการของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค โดยมีประเด็นการประเมิน จำแนกออกเป็น ๙ ตัวชี้วัด นั้น ในการนี้ จึงเห็นควรเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ นโยบายแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลโขงเจียม ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ให้หน่วยงานอื่นและสาธารณชนทั่วไปทราบ บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลโขงเจียม เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานตามนโยบาย ต่อไป Link ภายนอก : หมายเหตุ : 		
<table><tbody><tr><td> ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นายตรองทรัพย์ สายกนก) ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๗ </td><td> อนุมัติรับรอง  (นายสิทธิพงษ์ อุ่นทอง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๗ </td></tr></tbody></table>	ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นายตรองทรัพย์ สายกนก) ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๗	อนุมัติรับรอง  (นายสิทธิพงษ์ อุ่นทอง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๗
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นายตรองทรัพย์ สายกนก) ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๗	อนุมัติรับรอง  (นายสิทธิพงษ์ อุ่นทอง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๗	
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นายปรัชญา พลอยเพชร) ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๗		



แผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาโรงพยาบาลโขงเจียม พ.ศ. 2566 - 2569



บทสรุปสำหรับผู้บริหาร



จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง ปัจจัยทั้งภายในและภายนอกส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต เช่นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทย การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงฐานเศรษฐกิจไปสู่ยุคดิจิทัล การเกิดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ปัญหามลพิษและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น โรงพยาบาลโขงเจียมจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล ปีพ.ศ. 2566-2569 ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานในองค์กร ในการพัฒนาระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม นโยบาย ทั้งในระดับกระทรวงและระดับจังหวัด

ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ โรงพยาบาลโขงเจียมได้มีการ วิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่สำคัญทั้งภายใน ภายนอกองค์กร โดยใช้เครื่องมือในหลายมุมมอง โดยนำข้อมูลพื้นฐาน ต่าง ๆ มาร่วมวิเคราะห์ และสังเคราะห์ จนสามารถกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ขององค์กร ภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมงาน คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จนได้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2566-2569 สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ประกอบด้วย 15แผนงาน66โครงการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ภายใต้ งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด รวมทั้งได้มีการกำหนดแนวทางในการถ่ายทอดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด สร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในทุก ระดับ ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง และมีการติดตามประเมินผลที่สะดวก รวดเร็ว เพื่อลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานอีกด้วย

คำนำ

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลโขงเจียม พ.ศ. 2566 – พ.ศ.2569 ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ 2566 จัดทำขึ้นโดยคณะกรรมการพัฒนายุทธศาสตร์โรงพยาบาลโขงเจียม ซึ่งประกอบด้วยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและตัวแทนจากทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล เพื่อเป็นกรอบทิศทางในการพัฒนาระบบสุขภาพของโรงพยาบาลโขงเจียม ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีศักยภาพในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เริ่มต้นตอนปีงบประมาณ 2566 ได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมความคิดเห็นจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและตัวแทนจากทุกหน่วยงาน

สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับนี้ ประกอบด้วย 5 บท ได้แก่ บทที่ 1 บทนำ บทที่ 2 ปัจจัยนำเข้าสำคัญ บทที่ 3 การกำหนดยุทธศาสตร์ บทที่ 4 การแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ และบทที่ 5 การกำกับติดตามและประเมินผล และภาคผนวก มีข้อมูลภาพกิจกรรมในการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ขอขอบคุณคณะทำงานทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลโขงเจียม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับนี้จะเป็นเครื่องมือในการแปลงยุทธศาสตร์และนโยบายสู่การปฏิบัติ การควบคุมกำกับติดตาม และประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ และเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชนชาวอำเภอโขงเจียมต่อไป

คณะกรรมการพัฒนายุทธศาสตร์โรงพยาบาลโขงเจียม

ตุลาคม 2565

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ก
คำนำ	ข
สารบัญ	ค
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 ปัจจัยนำเข้าสำคัญ	2
2.1 ข้อมูลพื้นฐาน โรงพยาบาลโขงเจียม	2
2.2 แผน นโยบายที่สำคัญ	13
2.3 นโยบายผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม	15
2.4 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม	15
บทที่ 3 การกำหนดยุทธศาสตร์	19
3.1 วิสัยทัศน์	19
3.2 พันธกิจ	19
3.3 ค่านิยม	19
3.4 เป้าหมาย	19
3.5 เชื่อมโยง	19
3.6 ประเด็นยุทธศาสตร์	19
บทที่ 4 การแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ	20
4.1 แผนงานยุทธศาสตร์	22
4.2 ตัวชี้วัด	32
4.3 แผนปฏิบัติการ	34
บทที่ 5 การกำกับติดตาม และการประเมินผล	36
5.1 ระบบและกลไกกำกับติดตาม	36
5.2 การประเมินผล	37
ภาคผนวก	39



บทที่ 1

บทนำ

การจัดทำยุทธศาสตร์เป็นกระบวนการที่สำคัญในการขับเคลื่อน ให้อุตสาหกรรม พันธกิจ และยุทธศาสตร์ การพัฒนาการดำเนินงานขององค์กรให้บรรลุผลตามที่ตั้งไว้ การบริหารงานยุทธศาสตร์เพื่อให้ประสบ ผลสัมฤทธิ์ จะต้องประกอบไปด้วยกระบวนการหลายขั้นตอน โดยทั้งนี้จะต้องอาศัยความเชื่อมโยง ความ สอดคล้อง และการติดตามพัฒนางานอย่างต่อเนื่องของนโยบาย แผนปฏิบัติการ รวมไปถึงกรอบการ ประเมินผลตามตัวชี้วัดขององค์กร

โรงพยาบาลโขงเจียมได้นำรูปแบบการบริหารงานยุทธศาสตร์เข้ามาใช้ในการบริหารจัดการองค์กร อย่างต่อเนื่อง และได้มีการศึกษา ปรับปรุง พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ที่จะตอบสนองต่อนโยบายสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และของระดับจังหวัด รวมทั้งตอบสนองต่อสถานการณ์ปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล เพื่อให้การดำเนินงาน พัฒนางค์กรและการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพบรรลุผลสัมฤทธิ์ แต่ เนื่อง ประกอบกับสภาพแวดล้อมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและได้เข้ามามีบทบาท ต่อการ ดำเนินงานของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

ดังนั้นเพื่อเตรียมรับการเติบโตในอนาคต และพัฒนาให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลงของสภาวะแวดล้อม ของประเทศ โรงพยาบาลจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการบริหารจัดการที่ดี มีการบริหารทรัพยากรอย่างมี ประสิทธิภาพสูงสุด สามารถนำศักยภาพโรงพยาบาลและบุคลากรที่อยู่มาใช้อย่างคุ้มค่าเพื่อพัฒนา โรงพยาบาลให้เป็นองค์กรที่มุ่งเน้นยุทธศาสตร์อย่างสมบูรณ์ บรรลุเป้าหมายการดำเนินงานตามภารกิจ โรงพยาบาลจึงได้จัดให้มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลใหม่ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2566- 2569 ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นเครื่องมือในการสื่อสารแผนพัฒนาระบบสุขภาพ และกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาโรงพยาบาลโขงเจียม พ.ศ. 2566-2569 ไปยังหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ของโรงพยาบาล โขงเจียม ให้เกิดความเข้าใจตรงกัน
2. เพื่อเป็นกรอบแนวทางการปฏิบัติราชการ โดยเชื่อมโยงสอดคล้องในทิศทางเดียวกันกับ แผนยุทธศาสตร์การ พัฒนาโรงพยาบาลโขงเจียม พ.ศ. 2566-2569 และสามารถจัดทำแผนงาน/โครงการ ให้สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์และพันธกิจของ แผนยุทธศาสตร์การ พัฒนาโรงพยาบาลโขงเจียม



บทที่ 2

ปัจจัยนำเข้าสำคัญ

2.1 ข้อมูลพื้นฐาน โรงพยาบาลโขงเจียม

2.1.1 ประวัติโรงพยาบาลโขงเจียม

โรงพยาบาลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ก่อตั้งเมื่อวันที่ 22 เดือน เมษายน พ.ศ. 2522 โดยมี นายแพทย์ไชยยศ ประสานวงศ์ เป็นผู้อำนวยการคนแรก ตั้งอยู่ที่บริเวณริมฝั่งแม่น้ำมูล ถนนภูาก้าย หมู่ที่ 1 บ้านด่านเก่า ตำบลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี บนเนื้อที่ 15 ไร่ที่ คุณพ่อเสรี สมสะอาดและคุณตาพันธ์ สืบแก้ว ร่วมบริจาคก่อสร้าง เนื่องจากที่ตั้งอยู่ริมฝั่งแม่น้ำมูล ทำให้เกิดน้ำท่วมบริเวณโรงพยาบาลในฤดูฝน ประชาชนไม่ได้รับความสะดวกในการใช้บริการ จึงได้ทำการย้ายโรงพยาบาลมาก่อสร้างใหม่ในที่ดินราชพัสดุของตำรวจตระเวนชายแดนขนาด 30 ไร่ บนถนนสาย พิบูลมังสาหาร-โขงเจียม ในปีงบประมาณ 2534 โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลในการก่อสร้างตึกปฏิบัติการ 1 อาคาร ซึ่งเป็นที่ตั้งโรงพยาบาลในปัจจุบัน เปิดดำเนินการเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2534 เป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง มีแพทย์มาประจำการ 1 คน คือแพทย์หญิงวรรณมา หาญเขาวรรกุล เป็นผู้อำนวยการ พร้อมทีมงานพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ การบริหารงานโรงพยาบาลโขงเจียม ในขณะนั้น แบ่งเป็น 4 ฝ่ายได้แก่ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป, ฝ่ายการพยาบาล, ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและฝ่ายสุขภาพสิ่งแวดล้อม

ปี พ.ศ. 2539 เนื่องจากมีปริมาณผู้รับบริการจำนวนมากขึ้นตามลำดับประกอบกับรัฐบาล ต้องการยกระดับโรงพยาบาลชุมชน 10 เตียง เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง เพื่อเพิ่มขีดความสามารถและเพิ่มศักยภาพในการให้บริการและดูแลรักษาประชาชน ให้เพิ่มขึ้น จึงจัดสรรงบประมาณก่อสร้างโรงพยาบาลโขงเจียม ให้เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง และยกระดับเป็นโรงพยาบาล 30 เตียง เปิดให้บริการอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2542 มีการก่อสร้างอาคารอำนวยการพละอาคารผู้ป่วยใน 30 เตียง ได้รับจัดสรรแพทย์ประจำการเพิ่มเป็น 2 คน มีพยาบาลและเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นจำนวนมาก มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นเพิ่มขึ้น ได้รับงบประมาณก่อสร้างอาคารสนับสนุนบริการ โรงครัวและพัสดุ อาคารบ้านพักพยาบาล อาคารบ้านพักแพทย์และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ เช่นรถพยาบาล รถยนต์บรรทุก รวมทั้งสาธารณูปโภค สาธารณูปการ ทำให้โรงพยาบาลโขงเจียมมีการพัฒนาขึ้นตามลำดับ

โรงพยาบาลโขงเจียม มีการพัฒนาตามยุคตามสมัยมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มก่อตั้งตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา มีทั้งวิกฤติและโอกาสของการพัฒนาควบคู่กันมาโดยตลอด โดยเฉพาะในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา ภายใต้การนำของท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียมคนปัจจุบัน นายแพทย์สิทธิพงษ์ อุ่นทวง มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายๆด้าน อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพ ประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน



แม้ว่าการพัฒนาของโรงพยาบาลโขงเจียม จะได้มีความเจริญก้าวหน้าขึ้นมาเป็นลำดับ ดังจะเห็นจากดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพประชาชนโดยรวมดีขึ้นกว่าสมัยก่อน แต่อย่างไรก็ตามประชาชนยังคงประสบปัญหาด้านสุขภาพที่มีปัญหามาจากเชื้อโรค โรคจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ตลอดจน จากสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงและคุกคาม และในยุทธศาสตร์ในการที่จะเอาชนะปัญหาสุขภาพเหล่านี้

ช่วงทศวรรษที่ผ่านมาใช้ทั้งยุทธศาสตร์การตั้งรับ ด้วยการเน้นหนักในการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และยุทธศาสตร์เชิงรุก นั่นคือการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยมุ่งเน้นที่ประชาชนให้ประชาชน เป็นศูนย์กลางในการแก้ไขปัญหา อาศัยการเคลื่อนไหวทางสังคม ด้วยการเสริมสร้างความร่วมมือร่วมใจ ของทุกภาคส่วน เพื่อให้ประชาชนร่วมคิดร่วมทำ มีจิตสำนึกและตระหนักถึงคุณค่าและความจำเป็น ในการช่วยเหลือ พี่พาดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนของตนเองมิให้เกิดการเจ็บป่วย หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ตลอดจนสร้างเสริมสภาวะแวดล้อมที่เอื้อ ต่อการมีสุขภาพที่ดี เพื่อยกระดับสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนให้สูงขึ้น

อย่างไรก็ตาม การให้บริการดูแลรักษาสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ก็มีได้ถูกละเอียดแต่อย่างใด ยังคงให้ความสำคัญโดยมุ่งเน้น ไปที่การพัฒนาคุณภาพระบบบริการทุกสาขาและพัฒนา ระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการให้บริการเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยยึดมั่นในจรรยาวิชาชีพ และเคารพในสิทธิของผู้รับบริการอย่างเคร่งครัด มีการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและจำเป็น พัฒนาระบบการดูแลต่อที่บ้าน ระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพรวมทั้งเพื่อสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการทุกคน

ยิ่งไปกว่านั้น โรงพยาบาลโขงเจียม ได้ปรับปรุงระบบการบริหารจัดการของโรงพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพเหมาะสม ตลอดจนสร้างกลไกที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงมุ่งสู่การเป็นหน่วยงานที่มีคุณธรรม จริยธรรม โปร่งใสและมีธรรมาภิบาล มีการแสวงหาความร่วมมือกับส่วนราชการอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพของโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่และตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างถูกต้อง

ความมุ่งมั่นตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ทำให้โรงพยาบาลโขงเจียม ได้รับการรับรองคุณภาพ จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(สธพ.) เมื่อปี 2542 ผ่านการรับรองการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ขึ้น2ปี พ.ศ. 2551 และผ่านการประเมินรับรองการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น3ปีพ.ศ. 2564

พัฒนาการด้านต่างๆของโรงพยาบาลโขงเจียม แม้จะมีปัญหาและข้อจำกัด ก็มีได้ทำให้โรงพยาบาลโขงเจียม หยุดนิ่งหรือชะลอการพัฒนา แต่ในสถานการณ์เหล่านี้กลับเป็นสิ่งท้าทายให้ผู้บริหารและบุคลากรทุกคนที่ต้องร่วมมือร่วมแรงร่วมใจผลักดันหาวิธีให้เกิดการพัฒนาที่เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนชาวโขงเจียม ซึ่งเป็นความสุขและความภาคภูมิใจของบุคลากรโรงพยาบาลโขงเจียมทุกคน

2.1.2 ข้อมูลทั่วไปอำเภอโขงเจียม

1) ประวัติอำเภอโขงเจียม

ประวัติเมืองโขงเจียม โดยสังเขปในสมัยรัชกาลที่ 2 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์พระองค์โปรดเกล้าฯ ให้ตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2364 ในตอนนั้นเมืองโขงเจียมได้ขึ้นตรงต่อเมืองนครจำปาศักดิ์ และต่อมารัชกาลที่ 3 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ ได้โปรดเกล้าฯ ให้เมืองโขงเจียมมาขึ้นตรงต่อเมืองเขมราฐในปี พ.ศ. 2371 และในปีพ.ศ. 2443-2445 เมืองโขงเจียมก็ได้ถูกลดฐานะลงเป็นอำเภอโขงเจียม ขึ้นตรงกับเมืองเขมราฐ จากนั้นอีกไม่นานเมืองเขมราฐได้ถูกลดฐานะจากเมืองเขมราฐเป็นอำเภอเขมราฐขึ้นกับเมืองอุบลราชธานี จึงทำให้อำเภอโขงเจียมขึ้นตรงกับเมืองอุบลราชธานีด้วย อำเภอโขงเจียม แยกออกจากอำเภอศรีเมืองใหม่ (เดิมชื่ออำเภอโขงเจียม) จัดตั้งเป็น กิ่งอำเภอบ้านด่านปากมูล ในปี พ.ศ. 2502 โดยมีนายจิตร สุวรรณโลละ เป็นนายอำเภอ กิ่งต่อมาภายหลังเป็นอำเภอบ้านด่าน มีเขตการปกครองแบ่งได้ 6 ตำบล คือ ตำบลโขงเจียม ตำบลคำเขื่อนแก้ว ตำบลหนองแสงใหญ่ ตำบลห้วยไผ่ ตำบลห้วยยาง และตำบลนาโพธิ์กลาง เมื่อวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2514 ทางราชการได้พิจารณาเห็นว่า คำว่าโขงเจียม เหมาะสมกับ ประวัติศาสตร์และชุมชนดั้งเดิมแถบนี้ จึงเปลี่ยนชื่อเป็นอำเภอโขงเจียมในปี พ.ศ. 2534 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ ๙ ได้มีพระราชกฤษฎีกาตั้งอำเภอสิรินธร ให้ผนวกเอาตำบลคำเขื่อนแก้ว อยู่ในเขตอำเภอสิรินธรด้วย จึงทำให้อำเภอโขงเจียมเหลือเขตการปกครองจำนวน 5 ตำบล จนถึงปัจจุบัน

2) ที่ตั้งและอาณาเขต

อำเภอโขงเจียมตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของจังหวัด มีเนื้อที่ทั้งหมดประมาณ 765 ตารางกิโลเมตร ประชากร 35,856 คน มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียงดังต่อไปนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อ	อำเภอศรีเมืองใหม่
ทิศตะวันออก	ติดต่อ	แขวงสาละวันและแขวงจำปาศักดิ์ (ประเทศลาว)
ทิศใต้	ติดต่อ	อำเภอสิรินธร
ทิศตะวันตก	ติดต่อ	อำเภอพิบูลมังสาหารและอำเภอศรีเมืองใหม่





3) ลักษณะภูมิประเทศ

สภาพพื้นที่โดยทั่วไปเป็นที่ราบ ภูเขาล้อมรอบ สูงสลับกับโนน (เนิน) เตี้ยๆ ค่อนข้างทางทิศ ตะวันออก โดยมีแม่น้ำโขงเป็นแนวกั้นเขตแดนระหว่างประเทศไทยและประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตย ประชาชนลาว

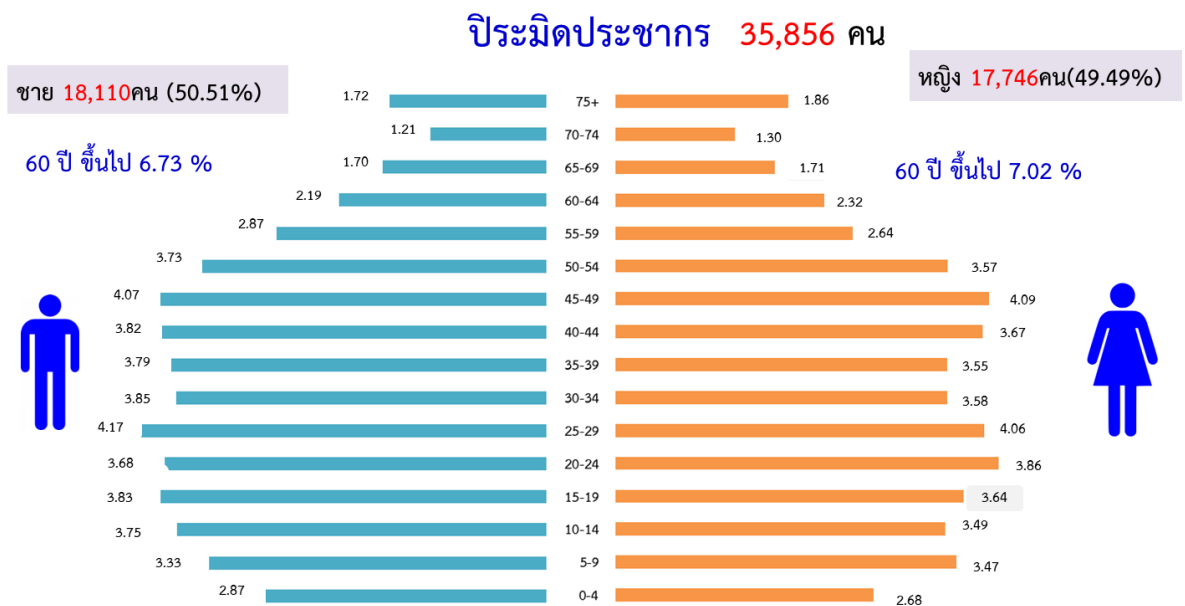
4) สภาพภูมิอากาศ

เนื่องจากอำเภอโขงเจียมมีสภาพพื้นที่ที่ถูกล้อมรอบโดยภูเขาสูง และปกคลุมด้วยป่าไม้เป็น จำนวนมาก ลักษณะภูมิอากาศขึ้นอยู่กับอิทธิพลมรสุมที่พัดประจำฤดูกาล ซึ่ง 2 ชนิด คือ มรสุม ตะวันออกเฉียงเหนือ พัดพามวลอากาศเย็นและแห้งจากประเทศจีนเข้าปกคลุมประเทศไทย ตั้งแต่ประมาณ กลางเดือนตุลาคมถึงประมาณเดือนกุมภาพันธ์ ซึ่งอยู่ในช่วงฤดูหนาวของประเทศไทย ทำให้มีภูมิอากาศหนาว เย็นและแห้งทั่วไป และลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ที่พัดพามวลอากาศชื้นจากทะเลและมหาสมุทรเข้าปกคลุม ประเทศไทยในช่วงฤดูฝน (ประมาณกลางเดือนพฤษภาคมถึงประมาณกลางเดือนตุลาคม) ทำให้มีฝนตกชุก ทั่วไป

5) คำขวัญอำเภอ

รวมมัจฉา นาริงาม น้ำสองสี ศิลป์ดีผาแต้ม

6) ประชากร





จากภาพเป็นปิรามิดประชากรอำเภอโงเจียมซึ่งได้ข้อมูลสำนักงานทะเบียนราษฎร์ ณ วันที่31 มีนาคม 2565 อำเภอโงเจียมมีประชากรชายชาย 18,110 คน หญิง 17,746 คน รวม 35,856คน 10,332 ครวเรือน โดยมีแนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งมีผู้สูงอายุ 4,989คน (ร้อยละ 13.91)

7) กลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ (ปี)	ชาย(คน)	หญิง(คน)	รวม(คน)
0-4	1,011	960	1,971
5-9	1,178	1,216	2,394
10-14	1,351	1,261	2,612
15-19	1,366	1,303	2,669
20-24	1,278	1,358	2,636
25-29	1,514	1,451	2,965
30-34	1,386	1,314	2,700
35-39	1,349	1,255	2,604
40-44	1,377	1,309	2,686
45-49	1,450	1,439	2,889
50-54	1,374	1,336	2,710
55-59	1,026	966	1,992
60-64	787	839	1,626
65-69	604	626	1,230
70-74	439	472	911
75-79	280	277	557
80-84	202	202	404
85ปีขึ้นไป	138	162	300
รวม	18,110	17,746	35,856

8) อาชีพ

ประชากรในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น การทำนา ทำไร่ ทำประมง และรับจ้างทั่วไป

9) การปกครอง

การปกครองส่วนภูมิภาค

อำเภอโงะเจียมแบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 5 ตำบล 52 หมู่บ้าน ได้แก่

- โงะเจียม 14 หมู่บ้าน
- ห้วยยาง 11 หมู่บ้าน
- นาโพธิ์กลาง 10 หมู่บ้าน
- หนองแสงใหญ่ 9 หมู่บ้าน
- ห้วยไผ่ 10 หมู่บ้าน

การปกครองส่วนท้องถิ่น

ท้องที่อำเภอโงะเจียมประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6 แห่ง ได้แก่

- เทศบาลตำบลบ้านด่านโงะเจียม
- องค์การบริหารส่วนตำบลโงะเจียม
- องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยยาง
- องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์กลาง
- องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสงใหญ่
- องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไผ่

10) สถานที่ท่องเที่ยว

อำเภอโงะเจียมมีสถานที่ท่องเที่ยวหลายแห่ง เช่น ผาแต้ม อยู่ในเขตอุทยานแห่งชาติผาแต้ม น้ำตกสร้อยสวรรค์ น้ำตกलगรู ถ้ำวัลย์ยักซ์ รอยพระพุทธรูปบ้านท่าลี่ เขื่อนปากมูล แก่งตะนะ และ แม่น้ำสองสี เป็นจุดที่แม่น้ำมูล ไหลลงสู่แม่น้ำโขง



อำเภอโงะเจียม ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกสุดของ
ประเทศไทย อยู่ห่างจากตัวจังหวัดอุบลราชธานี 75 กิโลเมตร

“เห็นตะวันก่อนใครในสยาม”





11) การคมนาคม

อำเภอโขงเจียมห่างจากตัวจังหวัดอุบลราชธานีไปทางทิศตะวันออก 75 กิโลเมตร โดยใช้ถนนสถิตนิมานกาล (ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 217) จากวารินชำราบ-สว่างวีระวงศ์-พิบูลมังสาหาร เลี้ยวซ้ายผ่านสี่แยกธนาคารออมสิน ตรงไปข้ามสะพานข้ามแม่น้ำมูล แล้วเลี้ยวขวาไปตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 2222 ประมาณ 30 กิโลเมตร ถึงอำเภอโขงเจียม นอกจากเส้นทางนี้แล้วยังมีเส้นทางอื่นที่จะเดินทางมาได้ คือเส้นทางอุบลราชธานี-ตระการพืชผล 50 กิโลเมตร เลี้ยวขวาที่อำเภอตระการพืชผล เข้าทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 2134 อีก 60 กิโลเมตรถึงอำเภอโขงเจียม และเส้นทางสุดท้าย คือ อุบลราชธานี-तालूम-โขงเจียม ระยะทาง 75 กิโลเมตร แต่สภาพถนนไม่สะดวกต่อการเดินทาง

12) สถานศึกษาในอำเภอ

- โรงเรียนบ้านด่าน
- โรงเรียนโขงเจียมวิทยาคม

13) ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย

- ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย

14) ธนาคารในอำเภอ

- ธนาคารกรุงไทย
- ธนาคารออมสิน
- ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

15) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอ

- เทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม
- องค์การบริหารส่วนตำบลโขงเจียม

โรงพยาบาลโขงเจียม

โรงพยาบาลโขงเจียม ก่อตั้งเมื่อวันที่ 22 เดือนเมษายน พ.ศ. 2522 โดยมีนายแพทย์ไชยยศ ประสานวงศ์ เป็นผู้อำนวยการคนแรก ตั้งอยู่ที่บริเวณริมฝั่งแม่น้ำมูล ถนนภูกาชัย หมู่ที่ 1 บ้านด่านเก่า ตำบลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี บนเนื้อที่ 15 ไร่ที่ คุณพ่อเสรี สมสะอาดและคุณตา พันธุ์ สืบแก้ว ร่วมบริจาคก่อสร้าง เนื่องจากที่ตั้งอยู่ริมฝั่งแม่น้ำมูล ทำให้เกิดน้ำท่วมบริเวณโรงพยาบาลในฤดูฝน ประชาชนไม่ได้รับความสะดวกในการใช้บริการ จึงได้ทำการย้าย โรงพยาบาลมาก่อสร้างใหม่ในที่ดินราชพัสดุของตำรวจตระเวนชายแดนขนาด 30 ไร่ บนถนนสายพิบูลมังสาหาร-โขงเจียม ในปีงบประมาณ 2534 โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลในการก่อสร้างตึกปฏิบัติการ 1 อาคาร ซึ่งเป็นที่ตั้งโรงพยาบาลในปัจจุบัน เปิดดำเนินการเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2534 เป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง มีแพทย์มาประจำการ 1 คน คือแพทย์หญิงวรรณ หาญเขาวรรกุล เป็นผู้อำนวยการ พร้อมทีมงานพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ การบริหารงานโรงพยาบาลโขงเจียม ในขณะนั้น แบ่งเป็น 4 ฝ่ายได้แก่ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป, ฝ่ายการพยาบาล, ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและฝ่ายสุขภาพสิ่งแวดล้อม

ปี พ.ศ. 2539 เนื่องจากมีปริมาณผู้รับบริการจำนวนมากขึ้นตามลำดับ ประกอบกับรัฐบาลต้องการยกระดับโรงพยาบาลชุมชน 10 เตียง เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง เพื่อเพิ่มขีดความสามารถและเพิ่มศักยภาพในการให้บริการและดูแลรักษาประชาชนให้เพิ่มขึ้น จึงจัดสรรงบประมาณก่อสร้างโรงพยาบาลโขงเจียม ให้เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง และยกระดับเป็นโรงพยาบาล 30 เตียง เปิดให้บริการอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2542 มีการก่อสร้างอาคารอำนวยการพละอาคารผู้ป่วยใน 30 เตียง ได้รับจัดสรรแพทย์ประจำการเพิ่มเป็น 2 คน มีพยาบาลและเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นจำนวนมาก มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นเพิ่มขึ้น ได้รับงบประมาณก่อสร้างอาคารสนับสนุนบริการ โรงครัวและพัสดุ อาคารบ้านพักพยาบาล อาคารบ้านพักแพทย์และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ เช่น รถพยาบาล รถยนต์บรรทุก รวมทั้งสาธารณูปโภค สาธารณูปการ ทำให้โรงพยาบาลโขงเจียมมีการพัฒนาขึ้นตามลำดับ

โรงพยาบาลโขงเจียม มีการพัฒนาตามยุคตามสมัยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มก่อตั้ง ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา มีทั้งวิกฤติและโอกาสของการพัฒนาควบคู่กันมาโดยตลอด โดยเฉพาะในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา ภายใต้การนำของท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียมคนปัจจุบัน นายแพทย์สิทธิพงษ์ อุ่นทอง มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายด้าน อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพ ประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

แม้ว่าการพัฒนาของโรงพยาบาลโขงเจียม จะได้มีความเจริญก้าวหน้าขึ้นมาเป็นลำดับ ดังจะเห็นจากดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพประชาชนโดยรวมดีขึ้นกว่าสมัยก่อน แต่อย่างไรก็ตามประชาชนยังคงประสบปัญหาด้านสุขภาพที่มีปัญหาจากเชื้อโรค โรคจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ตลอดจน จากสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงและคุกคาม และในยุทธศาสตร์ในการที่จะเอาชนะปัญหาสุขภาพเหล่านี้

ช่วงทศวรรษที่ผ่านมาใช้ทั้งยุทธศาสตร์การตั้งรับ ด้วยการเน้นหนักในการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และยุทธศาสตร์เชิงรุก นั่นคือการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยมุ่งเน้นที่ประชาชนให้ประชาชน เป็นศูนย์กลางในการแก้ไขปัญหา อาศัยการเคลื่อนไหวทางสังคม ด้วยการเสริมสร้างความร่วมมือ ร่วมใจ ของทุกภาคส่วน เพื่อให้ประชาชนร่วมคิดร่วมทำ มีจิตสำนึกและตระหนักถึงคุณค่าและความจำเป็น ในการช่วยเหลือ พึ่งพาดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนของตนเองมิให้เกิดการเจ็บป่วย หลีกเลียงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ตลอดจนสร้างเสริมสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เพื่อยกระดับสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนให้สูงขึ้น

อย่างไรก็ตาม การให้บริการดูแลรักษาสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ก็มีได้ถูกละเลยแต่อย่างใด ยังคงให้ความสำคัญโดยมุ่งเน้น ไปที่การพัฒนาคุณภาพระบบบริการทุกสาขาและพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการให้บริการเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยยึดมั่นในจรรยาวิชาชีพและเคารพในสิทธิของผู้รับบริการอย่างเคร่งครัด มีการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและจำเป็น พัฒนาระบบการดูแลต่อที่บ้าน ระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งเพื่อสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการทุกคน

ยิ่งไปกว่านั้น โรงพยาบาลโขงเจียม ได้ปรับปรุงระบบการบริหารจัดการของโรงพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพเหมาะสม ตลอดจนสร้างกลไกที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงมุ่งสู่การเป็นหน่วยงานที่มีคุณธรรม จริยธรรม โปร่งใสและมีธรรมาภิบาล มีการแสวงหาความร่วมมือกับส่วนราชการอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพของโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่และตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างถูกต้อง



ความมุ่งมั่นตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ทำให้โรงพยาบาลโขงเจียม ได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(สรพ.) เมื่อปี 2542 ผ่านการรับรองการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชั้น 2 ปี พ.ศ. 2551และผ่านการประเมินรับรองการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชั้น3 ปีพ.ศ. 2564

พัฒนาการด้านต่างๆของโรงพยาบาลโขงเจียม แม้จะมีปัญหาและข้อจำกัด ก็มีได้ทำให้โรงพยาบาลโขงเจียม หยุดนิ่งหรือชะลอการพัฒนา แต่ในสถานการณ์เหล่านี้กลับเป็นสิ่งท้าทายให้ผู้บริหารและบุคลากรทุกคนที่ต้องร่วมมือร่วมแรงร่วมใจผลักดันหาวิธีให้เกิดการพัฒนาที่เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนชาวโขงเจียม ซึ่งเป็นความสุขและความภาคภูมิใจของบุคลากรโรงพยาบาลโขงเจียมทุกคน

ข้อมูลบุคลากร

ตาราง 1 อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโขงเจียม

ประเภท	ปีงบประมาณ2563	ปีงบประมาณ2564	ปีงบประมาณ2565
ข้าราชการ	61	62	66
พนักงานราชการ	5	5	5
ลูกจ้างประจำ	5	4	4
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	58	59	59
ลูกจ้างชั่วคราว	11	11	12
รวม	140	141	146

ที่มา : งานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลโขงเจียม ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

ตารางที่ 2 อัตราส่วนบุคลากรด้านวิชาชีพที่สำคัญของโรงพยาบาลโขงเจียม

ประเภท	จำนวน	อัตราส่วนต่อประชากร	ค่าเฉลี่ยประเทศ
แพทย์	5	1 : 6,953	1 : 2,125
ทันตแพทย์	3	1 : 11,587	1 : 9,876
เภสัชกร	4	1 : 9,407	1 : 5,462
พยาบาลวิชาชีพ	34	1 : 1,022	1 : 433
รวม	46		

ที่มา : งานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลโขงเจียม ณ วันที่ 30 กันยายน 2565



◇ ข้อมูลทางการเงิน

ตารางที่ 3 สถานะเงินบำรุง ปีงบประมาณ 2562 – กันยายน 2565

ข้อมูลการเงินการคลัง ณ ไตรมาส 4/2564-2565	ปีงบประมาณ2564	ปีงบประมาณ2565
ระดับสถานะการเงิน(Risk score)	0	0
เงินทุนสำรองสุทธิ	51,827,816.50	95,137,047.38
เงินบำรุงคงเหลือ (หลังหักหนี้สิน)	6,595,075.44	38,809,376.20
รายได้ (ไม่รวมงบลงทุน) หัก ค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย) EBITDA	38,177,031.23	41,254,192.27
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (NI)	35,290,558.32	37,880,673.27

ที่มา : งานการเงิน โรงพยาบาลโขงเจียม ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

◇ ข้อมูลการให้บริการ

ตารางที่ 4 การให้บริการของโรงพยาบาลโขงเจียม ปีงบประมาณ 2562-2565

รายการ/ปี	2562	2563	2564	2565
ผู้ป่วยนอก (คน)	20881	18902	28901	32829
ผู้ป่วยนอก(ครั้ง)	67095	59076	76031	90672
จำนวนผู้ป่วยใน (คน)	4701	4386	4375	4828
วันนอนผู้ป่วยใน (วัน)	11407	10636	12633	18624
อัตราการครองเตียงผู้ป่วยใน	72.68	67.77	80.50	118.66
วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน	32	30	35	51
ค่า Case Mixed Index : CMI	0.6194	0.6028	0.5174	0.5637

ที่มา : งานเวชระเบียน โรงพยาบาลโขงเจียม ณ วันที่ 30 กันยายน 2565



ตารางที่ 5 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโขงเจียม 10 อันดับแรก

ลำดับ	โรค	ปีงบประมาณ					
		2563		2564		2565	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.	COVID-19	0	0	411	0.41	25295	6.17
2.	Essential (primary) hypertension	6189	5.95	7277	5.43	9091	5.79
3.	Non-insulin-dependent diabetes mellitus type 2 at	4736	4.56	5228	3.90	6093	3.88
4.	Acute pharyngitis	584	0.27	287	0.21	3448	2.20
5.	Common cold	1672	1.61	1701	1.27	2547	1.62
6.	Dyspepsia	2295	2.21	1984	1.48	2464	1.57
7.	Hyperlipidemia	1826	1.76	1961	1.46	2279	1.45
8.	Low back pain	1019	0.98	1442	1.08	1429	0.91
9.	Chronic kidney disease, stage 3	827	0.80	1303	0.97	1362	0.87
10.	Myalgia Multiple sites	536	0.52	1350	1.01	1210	0.77

ที่มา : งานเวชระเบียน โรงพยาบาลโขงเจียม ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

ตารางที่ 6 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโขงเจียม 10 อันดับแรก

ลำดับ	โรค	ปีงบประมาณ					
		2563		2564		2565	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	COVID-19,virus identified	0	0.00	618	6.00	1997	16.00
2	Essential (primary) hypertension	719	8.00	649	7.00	611	5.00
3	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	589	6.00	523	5.00	533	4.00
4	Gastroenteritis and colitis of unspecified	396	4.00	364	4.00	335	3.00
5	Acute nasopharyngitis [common cold]	36	0.00	58	1.00	206	2.00
6	Pneumonia, unspecified	365	4.00	175	2.00	175	1.00
7	Urinary tract infection, site not specific	178	2.00	180	2.00	174	1.00
8	Dyspepsia	153	1.00	150	2.00	173	1.00
9	Other and unspecified gastroenteritis an	193	2.00	113	1.00	153	1.00
10	Acute upper respiratory infection, unspecified	8	0.00	18	0.00	141	1.00

ที่มา : งานเวชระเบียน โรงพยาบาลโขงเจียม ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

ตารางที่ 7 การให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโขงเจียม

รายการ	ปีงบประมาณ					
	2563		2564		2565	
	จำนวน (ราย)	เฉลี่ย/วัน	จำนวน (ราย)	เฉลี่ย/ วัน	จำนวน (ราย)	เฉลี่ย/วัน
ผู้ป่วยนอก	18,902	51.79	28,901	79.18	32,829	89.94

หมายเหตุ : จำนวนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโขงเจียม เฉลี่ยต่อวัน = จำนวนผู้ป่วย (ราย) / 365

ที่มา : งานเวชระเบียน โรงพยาบาลโขงเจียม ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

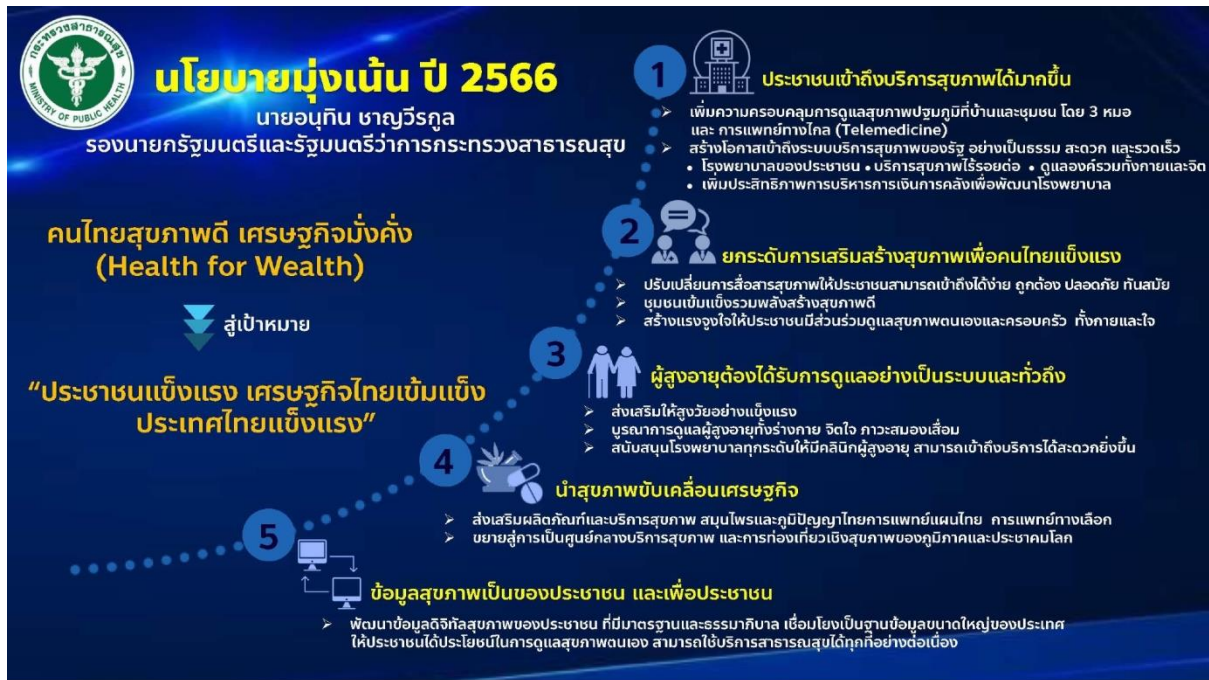
ตารางที่ 8 ผู้ป่วยในจำหน่ายต่อวัน โรงพยาบาลโขงเจียม

รายการ	ปีงบประมาณ					
	2563		2564		2565	
	จำนวน (ราย)	เฉลี่ย/วัน	จำนวน (ราย)	เฉลี่ย/ วัน	จำนวน (ราย)	เฉลี่ย/วัน
ผู้ป่วยใน	4,386	30	4,375	35	4,828	51

ที่มา : งานเวชระเบียน โรงพยาบาลโขงเจียม ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

2.2 แผน นโยบายที่สำคัญ





2.3 นโยบายผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม

วิสัยทัศน์ โรงพยาบาลโขงเจียม :

โรงพยาบาลแห่งความประทับใจ

และเป็นเลิศด้านการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

(Impressive Hospital and Excellent NCDs care)

พันธกิจ :

1.ส่งมอบบริการที่มีมาตรฐาน สะดวก รวดเร็ว และประทับใจ

2.ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างครอบคลุม ด้วยนวัตกรรมใหม่

คำนิยาม :

KCH : KhongChaim Hospital

K : Knowledge-Based -> องค์การแห่งการเรียนรู้

C : Criteria -> มุ่งสู่มาตรฐาน

H : Humanized care -> บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์



นพ.สิทธิพงษ์ อุบกลง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม

2.4 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม

2.4.1. ผลการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กรโดยใช้ Five force's Model

Forces	คำตอบ	ประเมินสถานการณ์ที่ได้รับผลกระทบในประเด็นนี้
การแข่งขันในปัจจุบัน	โรงพยาบาลรัฐที่อยู่ใกล้เคียง เช่น รพ.ศรีเมืองใหม่/รพ.สิรินธร/รพ.พิบูล	ระดับปานกลาง
ผู้เข้ามาใหม่	คลินิกเอกชน	
ผู้สนับสนุน	สปสช สสจ	
ลูกค้า	ประชากรในอำเภอโขงเจียมและเขตรอยต่อ/ชาวต่างชาติ/UC/ปภส.	
แหล่งทดแทน	คลินิก/รพ.เอกชน/รพ.สต/รพ.ศรีเมืองใหม่/รพ.สิรินธร/รพ.พิบูล/รพ.สปส./รพ.ค่าย	



2.4.2 ผลการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กรโดยใช้ STP

ประเด็น	คำตอบ
Segmentation	ผู้รับบริการ ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก PCT (ศัลย์, สูติกรรม, จักษุ, กุมารเวชกรรม, กระดูก) ผู้รับบริการแบ่งตามสิทธิการรักษา
Target	ผู้รับบริการตามการจัดบริการ ผู้รับบริการตามสิทธิการรักษา
Position	Smart Hospital การตรวจสุขภาพเชิงรุกตามสิทธิการรักษา เช่น ประกันสังคม สิทธิข้าราชการ

2.4.3 ผลการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กรโดยใช้ Marketing mixed

ประเด็น	จุดดีของโรงพยาบาลคือ	จุดอ่อนของโรงพยาบาลคือ
Product/Service	มีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา มีเครื่องมือที่ทันสมัย	อัตรากำลังไม่เพียงพอ
Price	เป็นโรงพยาบาลรัฐได้รับการสนับสนุน งบประมาณ	ต้นทุนด้านทรัพยากรบุคคลสูง (OT) การผ่าตัดบางอย่างต้นทุนสูง
Place	มีระบบการดูแลที่เข้มแข็ง	ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ไม่ครอบคลุม ระบบการส่งต่อยังไม่ครอบคลุม
Promotion	มีระบบการคัดกรองผู้ป่วย	ประชาชนเข้าถึงบริการไม่ครอบคลุม กรอบ รพ. M2
Personalized	ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นในคุณภาพและ ความปลอดภัย	ขาดสภาพคล่องทางการเงิน ยังไม่มีระบบบริการนอกเวลา

2.4.4 ผลการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กรโดยใช้ SWOT ANALYSIS

ประเด็น	ผลกระทบด้านดี	ผลกระทบด้านลบ
Politic	ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ	นโยบายบางนโยบาย การนำไปปฏิบัติไม่ เป็นไปในทางเดียวกัน
Economic	มีรายได้เพิ่มขึ้น จากระบบเศรษฐกิจเริ่ม ฟื้นตัว	สถานการณ์โควิด มีผลกระทบต่อระบบ เศรษฐกิจ
Social	ได้รับการสนับสนุนจากชุมชน มีความ เชื่อมั่นในโรงพยาบาล	ประชาชนมีความคาดหวังในระบบบริการ มากขึ้น สังคมผู้สูงอายุมากขึ้น โรคเรื้อรัง ขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุ



Technology	มีเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย มีระบบ Telemedicine มีผู้เชี่ยวชาญในการดูแลระบบ	ความปลอดภัยด้านสารสนเทศยังไม่ครอบคลุม ระบบ Back up data ที่ต้องใช้งบประมาณสูง
------------	---	--

การวิเคราะห์องค์กรเพื่อกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์โดยกระบวนการ SWOT Analysis

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและผู้มีส่วนได้เสีย ได้มีการวิเคราะห์ปัจจัยภายใน ภายนอกเพื่อกำหนด ยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลโขงเจียม โดยมีผลการวิเคราะห์ดังนี้

Strengths	Weaknesses
S1. ผู้นำเข้มแข็งและมีวิสัยทัศน์เปิดโอกาสให้ผู้บริหารระดับรองลงมามีส่วนร่วม S2. ผู้บริหารมีนโยบายที่ชัดเจน S3. โรงพยาบาลคุณธรรม โปร่งใส เป็นธรรม ตรวจสอบได้ S4. บุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ทำให้คงอยู่บุคลากรต่อเนื่อง S5. มีพื้นที่สีเขียวภูมิทัศน์ที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ S6. ทำงานเป็นทีม S7. บริหารจัดการอัตราค่าจ้างที่เหมาะสม S8. สถานะการเงินการคลังระดับดี S9. หน่วยปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (CDCU) เข้มแข็ง S10. การดำเนินงาน Green and Cleanต่อเนื่อง	W1. บุคลากรปฏิบัติตาม CPG ที่วางไว้ไม่ครอบคลุมทุกขั้นตอน W2. สถานที่ยังไม่ได้มาตรฐานด้านความปลอดภัย W3. การบริหารจัดการพื้นที่บริการยังไม่เหมาะสม W4. บุคลากรขาดทักษะในการใช้เทคโนโลยีไม่เหมาะสม W5. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ(HIS) ไม่เอื้อต่อการทำงาน W6. การติดต่อสื่อสารภายในองค์กรไม่ต่อเนื่องสร้างความเข้าใจไม่ตรงกัน (ผู้มารับบริการ-ผู้ให้บริการ, เจ้าหน้าที่ด้วยกัน) W7. ขาดพยาบาลเฉพาะทางและนักรังสีเทคนิค W8. การทำงานเชิงรุกไม่ต่อเนื่อง W9. ขาดการวิเคราะห์บริหารการเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง
Opportunities	Threats
O1. ทำเทียบเรือ/ด่านผ่อนปรน อำเภอโขงเจียม O 2. เป็นพื้นที่ชายแดนและเป็นแหล่งท่องเที่ยว O 3. การคมนาคมสะดวกสามารถเข้าถึงง่าย O 4. ภาครัฐหรือช่วยเข้มแข็ง สนับสนุนบริหารจัดการงบประมาณสุขภาพในท้องถิ่น(กองทุนตำบล) O 5. แหล่งเงินทุนเอกชน, วัด O 6. องค์กรเอกชนไม่แสวงหาผลกำไร O 7. MOU กับ สปป. ลาว เรื่องโรคติดต่อชายแดน O 8. นโยบายระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุม O 9. นโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด O 10. นโยบายในการพัฒนาสถานบริการสู่คุณภาพ (HA) O 11. นโยบายด้าน Service plan ของกระทรวง O 12. เทคโนโลยีการสื่อสารทันสมัยและหลากหลาย	T1. อัตราเกิดลดลง สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้น T2. สถานการณ์แพร่ระบาดของCOVID-19 T3. นโยบายส่วนกลางกำหนดบุคลากรทางการแพทย์จากจำนวนประชากรในพื้นที่ในขณะที่ผู้ป่วยนอกเขตมารักษามากขึ้น T4. ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพในการใช้สารเสพติด สุรา ยา T5. ระบบ EMS ไม่ครอบคลุมทุกตำบล T6. พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องจากความรู้ความเข้าใจวัฒนธรรมและสื่อสังคมออนไลน์ T7. ระยะทางและลักษณะทางกายภาพบางพื้นที่เข้าถึงบริการทางการแพทย์ล่าช้า T8. มีประชากรแฝงจำนวนมาก



การแปลผลการวิเคราะห์องค์กร เพื่อกำหนดกลยุทธ์การพัฒนา TOWS Matrix and Strategic Option

ปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน	ปัจจัยภายนอก O= opportunities (โอกาส)	ปัจจัยภายนอก T= Threats(อุปสรรค)
	O1. ทำเทียบเรือ/ด่านผ่อนปรน อำเภอโขงเจียม O 2. เป็นพื้นที่ชายแดนและเป็นแหล่งท่องเที่ยว O 3. การคมนาคมสะดวกสามารถเข้าถึงง่าย O 4. ภาครัฐเครือข่ายเข้มแข็ง สนับสนุนบริหารจัดการงบประมาณสุขภาพในท้องถิ่น(กองทุนตำบล) O 5. แหล่งเงินทุนเอกชน, วัด O 6. องค์กรเอกชนไม่แสวงหาผลกำไร O 7. MOU กับ สปป. ลาว เรื่องโรคติดต่อชายแดน O 8. นโยบายระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุม O 9. นโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด O 10. นโยบายในการพัฒนาสถานบริการสู่คุณภาพ (HA) O 11. นโยบายด้าน Service plan ของกระทรวง O 12. เทคโนโลยีการสื่อสารทันสมัยและหลากหลาย	T1. อัตราเกิดลดลง สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้น T2. สถานการณ์แพร่ระบาดCOVID-19 T3. นโยบายส่วนกลางกำหนดบุคลากรทางการแพทย์จากจำนวนประชากรในพื้นที่ในขณะที่ผู้ป่วยนอกเขตมารักษามากขึ้น T4. ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพในการใช้สารเสพติด สุรา กัญชา T5. ระบบ EMS ไม่ครอบคลุมทุกตำบล T6. พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องจากความเชื่อวัฒนธรรมและสื่อสังคมออนไลน์ T7. ระยะทางและลักษณะทางกายภาพบางพื้นที่เข้าถึงบริการทางการแพทย์ล่าช้า T8. มีประชากรแฝงจำนวนมาก
ปัจจัยภายใน S=Strengths(จุดแข็ง)	SO=กลยุทธ์หลักเชิงรุก	S-T =กลยุทธ์แนวตั้งรับ
S1. ผู้นำเข้มแข็งและมีวิสัยทัศน์เปิดโอกาสให้ผู้บริหารระดับรองลงมามีส่วนร่วม S2. ผู้บริหารมีนโยบายที่ชัดเจน S3. โรงพยาบาลคุณธรรม โปร่งใส เป็นธรรม ตรวจสอบได้ S4. บุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ทำให้คงอยู่บุคลากรต่อเนื่อง S5. มีพื้นที่สีเขียวภูมิทัศน์ที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ S6. ทำงานเป็นทีม S7. บริหารจัดการอัตราค่าจ้างที่เหมาะสม S8. สถานะการเงินการคลังระดับดี S9. หน่วยงานปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (CDCU) เข้มแข็ง S10. การดำเนินงาน Green and Cleanต่อเนื่อง	พัฒนาการดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย (P&P Excellence) กลยุทธ์ที่1 เพิ่มการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคให้ประชาชนสุขภาพดี 1. ส่งเสริมการดำเนินงาน HA (S1,2,6 - O9,10,11) 3. พัฒนาดำเนินงานโรคติดต่อชายแดน(S9-O1,4,5,8) 4. ส่งเสริมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ(S9-O7) 5. ส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ (S4,5-O3,8) กลยุทธ์ที่2 สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 1. ส่งเสริมการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital (S10-O7,9)	พัฒนาศักยภาพและมีระบบบริการที่ดี (Service Excellence) กลยุทธ์ที่3 พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลด้านการบริการ 1. พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (S6-3,5,14,15) 2. จัดรูปแบบบริการควบคุม ป้องกัน รักษาโรคอุบัติใหม่, อุบัติซ้ำ(S6,7,9-T1) 3. ส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (S6-T4,5,6,8) 4. ป้องกัน, ให้ความรู้สารเสพติด สุรา กัญชา (S6-T3,10) 5. พัฒนาระบบอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (S6,10-T9,11,13) 6. การพัฒนาระบบสุขภาพตาม Service plan 7. การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการด้านสุขภาพ
ปัจจัยภายในW= Weaknesses(จุดอ่อน)	WO =กลยุทธ์การปรับตัว/พัฒนา	WT =กลยุทธ์การป้องกัน
W1. บุคลากรปฏิบัติตาม CPG ที่วางไว้ไม่ครอบคลุมทุกขั้นตอน W2. สถานที่ยังไม่ได้มาตรฐานด้านความปลอดภัย W3. การบริหารจัดการพื้นที่บริการยังไม่เหมาะสม W4. บุคลากรขาดทักษะในการใช้เทคโนโลยีไม่เหมาะสม W5. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ(HIS) ไม่เอื้อต่อการทำงาน W6. การติดต่อสื่อสารภายในองค์กรไม่ต่อเนื่อง สร้างความเข้าใจไม่ตรงกัน (ผู้มารับบริการ-ผู้ให้บริการ, เจ้าหน้าที่ด้วยกัน) W7. ขาดพยาบาลเฉพาะทางและนักรังสีเทคนิค W8. การทำงานเชิงรุกไม่ต่อเนื่อง W9. ขาดการวิเคราะห์บริหารการเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง	ส่งเสริมสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และมีความสุข (People Excellence) กลยุทธ์ที่4 พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคน ให้บุคลากรมีสมรรถนะที่ดีและมีความสุข 1. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในทุกระดับ(W1,4-O12) 2. การเพิ่มความสุขของบุคลากร(W4,6,7- O9,10,11,12) 3. การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการด้านสุขภาพ (W1,2,3,4,5,6-O9,10,11)	พัฒนาการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ (Governance Excellence) กลยุทธ์ที่5 พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ 1. เสริมสร้างวินัยและระบบคุณธรรมในหน่วยงาน(W4,6-T6) กลยุทธ์ที่6 พัฒนาระบบสารสนเทศด้านความปลอดภัยของข้อมูลข่าวสารและการนำข้อมูลไปใช้ 1. พัฒนาความมั่นคง ความปลอดภัยของข้อมูล และเทคโนโลยี สารสนเทศ(W4,5-T6) 2. พัฒนาระบบรายงานสารสนเทศด้านสุขภาพ(W1,4,5,6-T3,6,8) กลยุทธ์ที่7 พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง 1. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง(W6,9-T3,7,8)



บทที่ 3

การกำหนดยุทธศาสตร์

3.1 วิสัยทัศน์ (Vision)
โรงพยาบาลแห่งความประทับใจและเป็นเลิศด้านการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Impressive Hospital and Excellent NCDs care)
3.2 พันธกิจ (Mission)
1.ส่งมอบบริการที่มีมาตรฐาน สะดวก รวดเร็ว และประทับใจ 2.ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างครอบคลุม ด้วยนวัตกรรมใหม่
3.3 ค่านิยม (Core value)
Knowledge-based – Criteria – Humanized care องค์กรแห่งการเรียนรู้ มุ่งสู่มาตรฐาน บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
3.4 เป้าหมาย (Goals)
ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน
3.5 เชื่อมมุ่ง (Hoshin)
1) พัฒนาการให้บริการ -โรคฉุกเฉิน AMI, Stroke, Sepsis, Trauma เข้าถึงบริการ วินิจฉัย รักษา ส่งต่อที่รวดเร็ว -โรคเรื้อรัง DM, Asthma/COPD รักษาแบบองค์รวม ลดภาวะแทรกซ้อน -โรคติดต่อ COVID-19, DHF วินิจฉัยถูกต้อง ควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพ 2) พัฒนาบุคลากร 3) พัฒนาโครงสร้าง กายภาพ สิ่งแวดล้อมและพัฒนากาการบริหารจัดการ
ความท้าทาย (The challenge)
1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพยังไม่ครอบคลุม 2. พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่ส าคัญและลดความแออัดในโรงพยาบาล 3. เพิ่มขีดความสามารถในการจัดการบริหารทรัพยากรบุคคล 4. การรักษาความมั่นคงการเงินการคลัง
3.6 ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)
1.พัฒนาการดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย (P&P Excellence) 2.พัฒนาศักยภาพและระบบบริการที่ดี (Service Excellence) 3.ส่งเสริมสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และมีความสุข (People Excellence) 4. พัฒนาการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ (Governance Excellence)



บทที่ 4

การแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

การแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

การแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติที่ดี มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จำเป็นต้องมีกระบวนการนำไปสู่การปฏิบัติที่ดี ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน ในการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ การวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลโขงเจียม ได้มีกระบวนการมีส่วนร่วมจาก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการร่วมประชุมระดมความคิดเห็น และพิจารณากำหนดทิศทางการทำงานขององค์กรภายใต้การประชุมเชิงปฏิบัติการของคณะทำงาน แล้วนำเสนอให้ผู้บริหารและคณะกรรมการเห็นชอบ และ ประกาศใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติราชการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้บรรลุเป้าหมาย

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินการบรรลุวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ จึงต้องมีการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากที่จะผลักดันการทำงานของกลไกทั้งหมดให้สามารถบรรลุผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วม จำเป็นต้องมีกระบวนการและกลไกการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ทั้งแผนปฏิบัติการ แผนการเงิน และแผนบริหารจัดการด้านบุคลากร รวมทั้งต้องผลักดันให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ปรับเปลี่ยนทัศนคติ ค่านิยม วิธีการทำงาน และการสร้างสภาวะผู้นำร่วมกัน ในบุคลากรทุกระดับ เพื่อขับเคลื่อนองค์กรร่วมกัน ให้ประสานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อมุ่งสู่จุดมุ่งหมายสูงสุดขององค์กร คือการบรรลุวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้

แนวทางการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ

1. กำหนดผู้รับผิดชอบและบทบาทให้ชัดเจน แต่งตั้งคณะกรรมการที่มีผู้บริหารทำหน้าที่อำนวยการ สนับสนุนและติดตามกำกับให้การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ให้บรรลุเป้าหมาย โดยมอบหมายให้มีผู้บริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์รายประเด็นยุทธศาสตร์
2. ผู้บริหารระดับสูงและผู้บริหารทุกระดับเป็นผู้นำรวมพลังขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และเพื่อเป็นกลไกในการสื่อสารทิศทางองค์กรให้แก่บุคลากรทุกระดับได้มีความเข้าใจเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม และการสนับสนุนอย่างกว้างขวาง รวมถึงจะต้องมีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงทิศทางการทำงานขององค์กรเพื่อจะได้เข้าใจและให้การสนับสนุนการทำงาน โดยจัดประชุมชี้แจงนโยบายและถ่ายทอดยุทธศาสตร์แก่ผู้ปฏิบัติ และกำกับติดตามผลงานเป็นรายเดือน/ไตรมาส
3. ถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ออกมาเป็นแผนปฏิบัติการ โดยนำกลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานมาแปลงเป็นแผนงาน /โครงการที่ปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยจะต้องมี การปรึกษาหารือระหว่างกันเพื่อให้เกิดการบูรณาการแผนงาน/โครงการ ให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน โดยในกระบวนการวางแผนได้มีการหารือกับหน่วยงานเจ้าภาพหลักในการกำหนดค่าเป้าหมายและแผนงาน/โครงการรองรับในเบื้องต้นไว้แล้ว โดยเจ้าภาพหลักหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องนำแนวคิดแผนงาน/โครงการ ดังกล่าวมาจัดทำรายละเอียดแผนงาน/โครงการเพื่อหาแผนปฏิบัติราชการประจำปีให้ดำเนินการต่อไป



4. นอกจากการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติการแล้ว การถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ไปสู่ระดับหน่วยงานและระดับบุคคล เป็นอีกขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจน รวมทั้งต้องมีระบบในการจูงใจให้ทุกคนมุ่งเน้นการทำงานเพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์ ดังนั้นจึงต้องแปลงเป้าประสงค์ และตัวชี้วัด จากระดับองค์กรลงไปสู่ระดับหน่วยงานย่อยต่าง ๆ รวมทั้งลงไปถึงบุคลากรทุกคนในองค์กร โดยให้แต่ละองค์กรจัดทำบันทึกคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีเพื่อรับผิดชอบตัวชี้วัดรายองค์กร และรายบุคคล

5. การประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการของแต่ละหน่วยงาน ให้มีความก้าวหน้าเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล จัดเก็บข้อมูล เผยแพร่ข้อมูล และถ่ายทอดความรู้ซึ่งกันและกัน อันจะเป็นการเสริมสร้างกระบวนการพัฒนาการจัดการ ความรู้ขององค์กรให้เกิดขึ้น โดยจัดระบบการจัดการความรู้ (KM) ในองค์กร

6. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ การวิจัยองค์ความรู้ใหม่ และสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่สามารถนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติงาน รวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศให้ทันสมัยสร้างระบบ การติดตาม ประเมินผล และการกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จ โดยการกำหนดกลไกการติดตามประเมินผลให้เป็นระบบ และมีเอกภาพ รวมทั้งพัฒนาให้กลไกและระบบต่าง ๆ มีการเชื่อมโยงกัน

7. การจัดระบบการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินการในทุกระดับ เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับในการปรับแผนยุทธศาสตร์และวางแผนทางแก้ไขให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และให้สามารถดำเนินการบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเป็น 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน และยังมีแผนการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสานในพื้นที่ ปีละ 1 - 2 ครั้ง



แผนยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ 2566-2569

กลยุทธ์(Strategic)	เป้าประสงค์	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย				ผู้รับผิดชอบ
				2566	2567	2568	2569	
ยุทธศาสตร์ที่1 พัฒนาการดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย (P&P Excellence)								
กลยุทธ์ที่1 เพิ่มการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคให้ประชาชนสุขภาพดี	1.เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง	แผนงานที่1 ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย 1.1พัฒนางานด้านส่งเสริมป้องกัน อนามัยแม่และเด็ก 1.2 เพิ่มการเข้าถึงบริการพัฒนาการสมวัย 1.3 พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ 1.4 เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพกลุ่มวัย อ.โขงเจียม 1.5 พัฒนาการแก้ไขปัญหาตามบริบทของชุมชน	K1 ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	80%	85%	90%	95%	1.น.ส.อภิญญา คำหงษา(K1-4) 2.นายธีรพล เปี้ยกลาง(K5) 3.นางสาวกุลธิดา ดอนคำ(K6-7) 3.นายวิทยา สุขุมพันธ์(K8-11) คลินิกโรคผู้สูงอายุ/ 4.ทพญ.ศุภิสรา นิลบรรจง(K12) 5.นางสาวอาภาศิริ วงศรีแก้ว(K13)
			K2 ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาล้างเสริมธาตุเหล็ก	70%	75%	80%	90%	
			K3 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	64%	65%	66%	67%	
			K4 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	85%	90%	95%	98%	
			K5 ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	≤7%	≤7%	≤5%	≤5%	
			K6 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ แล้วพบว่ามีความล่าช้าที่ต้องได้รับการกระตุ้นด้วย เครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I)	75%	75%	75%	75%	
			K7 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I มีพัฒนาการสมวัยหลังเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการ	35%	35%	35%	35%	
			K8 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลในสถานบริการและในชุมชน	50%	52%	54%	56%	
			K9 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan	100%	100%	100%	100%	
			K10 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะgeriatric syndrome ได้รับการดูแลต่อเนื่องในคลินิกผู้สูงอายุ	≥30%	≥30%	≥30%	≥30%	
			K11ร้อยละผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ได้รับการส่งต่อเพื่อรักษา	100%	100%	100%	100%	
			K12 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย	ระดับ5	ระดับ5	ระดับ5	ระดับ5	
			K13 จำนวนชุมชนที่ได้รับการประชุมและได้รับการแก้ไขปัญหาตามบริบท	2ชุมชน	2ชุมชน	2ชุมชน	2ชุมชน	



วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เป้าประสงค์	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย				ผู้รับผิดชอบ
				2566	2567	2568	2569	
		แผนงานที่ 2 การพัฒนาระบบการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ S1.6 พัฒนางานป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า15ปี S1.7 พัฒนาระบบการดูแลป้องกันและควบคุมวัณโรคเชิงรุก อ.โขงเจียม S1.8 พัฒนาระบบเฝ้าระวังตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการควบคุมโรคติดต่อ คปสอ.โขงเจียม S1.9 พัฒนาระบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและรณรงค์การป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อ.โขงเจียม	K14 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี K15 ระดับความสำเร็จการรักษา/ควบคุม/ป้องกันวัณโรค K16 อัตราความความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ K17 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ K18 อัตราการขาดการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ K19 อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายรังสีทรวงอก K20 อัตราการรักษาวัณโรคในสูตรพื้นฐานเกินระยะเวลาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ K21 ระดับความสำเร็จการรักษา/ควบคุม/ป้องกันโรคติดต่อ K22 มาตรฐานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาสำหรับหน่วยงาน (รายงาน 506) K23 ร้อยละของเหตุการณ์การระบาดผู้ป่วย COVID19 ที่สามารถควบคุมโรคให้สงบได้ภายใน 21-28 K24 ร้อยละของเหตุการณ์การระบาดผู้ป่วยไข้เลือดออกที่สามารถควบคุมโรคให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน K25 ระดับความสำเร็จการรักษา/ควบคุม/ป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ระดับ1 81% 81% 81% ≤9% 87% ≤8% ≤8% 85% 100% 90% ≤10%	ระดับ2 82% 82% 82% ≤8% 87% ≤7% ≤7% 85% 100% 90% ≤10%	ระดับ3 83% 83% 83% ≤7% 87% ≤6% ≤6% 85% 100% 90% ≤10%	ระดับ5 84% 84% 84% ≤6% 87% ≤5% ≤5% 85% 100% 90% ≤10%	1.นางนัทชฎมล ส่องแสง(K14) 2.นายบุญไทย สี หิน (K15-K27)



วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เป้าประสงค์	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย				ผู้รับผิดชอบ
				2566	2567	2568	2569	
			K26 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ไม่เกินร้อยละ 10 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด K27 จำนวนผู้เสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมดร้อยละ ≤ 10	≤10%	≤10%	≤10%	≤10%	
		แผนงานที่ 3 การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ 1.8 พัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาแม่เรื้อรังและท่อน้ำดี อ.โขงเจียม	K28 ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตราซาวด์ K29 ร้อยละกลุ่มเสี่ยงมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่พบผลผิดปกติได้รับการส่งต่อรักษา	100%	100%	100%	100%	1.วิทยา สุขุมพันธ์ (K27-K28)
กลยุทธ์ที่2 สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี	2.เพื่อพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของผู้รับบริการ	แผนงานที่ 4 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 1. 9 พัฒนาระบบงานสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี	K30ระดับของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital K31 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและระงับอัคคีภัย	ดีมาก ระดับ4	ดีมาก plus ระดับ4	ดีมาก plus ระดับ4	ดีมาก plus ระดับ5	1.น.ส.สุพรรณามหิศา (K29-K30)



วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เป้าประสงค์	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย				ผู้รับผิดชอบ
				2566	2567	2568	2569	
ยุทธศาสตร์ที่ 2 : พัฒนาศักยภาพและระบบบริการที่ดี (Service Excellence)								
กลยุทธ์ที่3 พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลด้านการบริการ	1.เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน	แผนงานที่ 1 การพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2.1 สร้างนวัตกรรมใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (โรงเรียนผู้ป่วยเบาหวานและ DM Remission) 2.2โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2.3 เพิ่มการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2.4 เพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2.5 ส่งเสริมโภชนาการกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 2.6 พัฒนาระบบการดูแลชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเชิงรุก	K32 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่เข้าโรงเรียนเบาหวาน	>50%	>60%	>70%	>80%	1.นางอิศรา สมสะอาด(K32-K39),K43 2.น.ส.รัตนารักษ์ แสนทวีสุข(K40) 3.นางขวัญร่า อ่อนศรี(K41) 4.นางธณภรณ์ พรหมทา (K42,K44)
			K33 ร้อยละผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	<2%	<1.75%	<1.5%	<1.25%	
			K34 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ลดลงจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	<60%	<50%	<40%	<30%	
			K35 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ (HbA1c<6.5) และไม่ใช้ยามากกว่า 3 เดือน	>10%	>20%	>30%	>40%	
			K36 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดยา DM มากกว่า 3 เดือน (HbA1c<6.5)	>20%	>40%	>50%	>60%	
			K37 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	>40%	>40%	>40%	>40%	
			K38 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	>60%	>60%	>60%	>60%	
			K39 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองจอประสาทตา	≥60%	≥70%	≥80%	≥90%	
			K40 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องได้รับการตรวจเท้า	≥60%	≥60%	≥60%	≥60%	
			K41 ร้อยละการคัดกรองซึมเศร้าในผู้ป่วยNCD	≥50%	≥55%	≥60%	≥65%	
			K42 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงมากกว่าร้อยละ 5	≥5%	≥10%	≥15%	≥20%	
			K43 ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ml/min/1.73 m2/yr	≥66%	≥66%	≥66%	≥66%	
			K44 ร้อยละผู้ป่วยCKD ได้รับการส่งเสริมโภชนาการ	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	



วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เป้าประสงค์	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย				ผู้รับผิดชอบ
				2566	2567	2568	2569	
	2.เพื่อลดอัตราการป่วยSepsis และลดภาวะแทรกซ้อนจาก StrokeและSTEMI	แผนที่ 2 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2.7 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยSepsis,STEMI, Stroke 2.8 พัฒนาการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร และการส่งต่อ	K45 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด K46 จำนวนผู้ป่วยSTEMIที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล K47 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลโขงเจียม K48 ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วย stroke fast-track ภายใน40นาที K49 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยSepsis K50 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis	<8% 0 ราย <12% >50% <10% 0 ราย	<8% 0 ราย <12% >50% <10% 0 ราย	<8% 0 ราย <12% >50% <10% 0 ราย	<8% 0 ราย <12% >50% <10% 0 ราย	1.นางจุฬารัตน์ ผลตก(K44) 2.นางกิตติมา คุณทรัพย์(K45-K48) 3.นางนันทขุมล ส่องแสง(K46-47) 4.นางชรินทร์ทิพย์ พงศ์วิเศษเดชา (K49-k50)
	3.เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพตามservice plan	แผนงานที่ 3 การพัฒนาระบบสุขภาพตาม Service plan 2.9 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยคลอด (ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย) 2.10 เพิ่มการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยแบบระยะกลาง (Intermediate Care)	K51 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ≤17 K52 อัตราตายทารกแรกเกิดต้อง≤ 28 วัน น้อยกว่า 3.7 ต่อ1,000ทารกมีชีพ K53 ร้อยละผู้ป่วย IMC ได้รับการติดตาม พ้นฟู สภาพ และติดตามจนครบ5เดือนหรือBartle index=20ก่อนครบ6 เดือน K54 ร้อยละผู้ป่วย stroke ได้รับการเยี่ยมฟื้นฟู ติดตาม K55 ร้อยละของ ผู้ป่วย stroke ที่ได้รับการเยี่ยมฟื้นฟู ติดตามมีคุณภาพชีวิต (BI) ที่ดีขึ้น	≤16 ต่อ การเกิด มีชีพ แสนคน < 3.6 ต่อ พัน ทารก แรกเกิดมีชีพ ≥75% ≥60% ≥80%	≤15 ต่อ การเกิด มีชีพ แสนคน < 3.5 ต่อ พัน ทารก แรกเกิดมีชีพ ≥80% ≥60% ≥80%	≤14 ต่อ การเกิด มีชีพ แสนคน < 3.4 ต่อ พัน ทารก แรกเกิดมีชีพ ≥80% ≥60% ≥80%	≤13 ต่อ การเกิด มีชีพ แสนคน < 3.3ต่อ พัน ทารก แรกเกิดมีชีพ ≥80% ≥60% ≥80%	1 . นาง ท ศ นี ย์ สิมพริกซ์ (K51-K52) 2.น.ส.รัตนภรณ์ แสนทวีสุข(K55-K56) 3.นางจุฬารัตน์ ผลตก(K54) 4.น.ส.ทศวรรณ สิทธิธรรม(K57)



วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เป้าประสงค์	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย				ผู้รับผิดชอบ
				2566	2567	2568	2569	
		2.11 พัฒนาการดูแลผู้ป่วย COPD 2.12 เพิ่มการเข้าถึงสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย 2.13 พัฒนางานการใช้อย่างสมเหตุผล อ.โขงเจียม 2.14 พัฒนาระบบงานแพทย์แผนไทย อ.โขงเจียม	K56 ร้อยละการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยระดับประครอง K57 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง K58 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานให้ความรู้ป้องกันความรุนแรงและการตั้งครกไม่พร้อม (OSCC) K59 ร้อยละของวัยรุ่นอายุ 13-15 ปี ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า K60 วัยรุ่นอายุ 13-15 ปี เสี่ยงซึมเศร้าได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาในโรงพยาบาล K61 ร้อยละการเข้าถึงบริการสมาริสน์ $\geq 50\%$ K62 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการสุขภาพจิต K63 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยกว่า 8 ต่อ 100,000 ปชก. K64 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการ ด้อยาด้านจุลชีพและการใช้อย่างสมเหตุผล K65 ร้อยละผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก K66 ร้อยละผู้ป่วยระยะประคับประครองได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์	$\geq 60\%$ < 150 ครั้ง/100ผู้ป่วยโรค COPD ระดับ 3 80% 100% 55% 68% < 8 ราย ระดับ 3 20% เพิ่มขึ้น 5%	$\geq 80\%$ < 140 ครั้ง/100ผู้ป่วยโรค COPD ระดับ 4 80% 100% 60% 68% < 8 ราย ระดับ 3 21.5% เพิ่มขึ้น 15%	$\geq 80\%$ < 120 ครั้ง/100ผู้ป่วยโรค COPD ระดับ 5 80% 100% 65% 68% < 8 ราย ระดับ 3 22% เพิ่มขึ้น 20%	$\geq 80\%$ < 110 ครั้ง/100ผู้ป่วยโรค COPD ระดับ 5 80% 100% 70% 68% < 8 ราย ระดับ 3 22.5% เพิ่มขึ้น 25%	5.นางกุลธิดา ดวงคำ(K58-61) 6. นางขวัญวรา อ่อนศรี(K62-K63) 7.ภก.พงษ์ศธร จงจิณากุล(K64) 8.นางอุไรวรรณ มุพิลา(K65-K66)



วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เป้าประสงค์	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย				ผู้รับผิดชอบ
				2566	2567	2568	2569	
ยุทธศาสตร์ที่ 3: ส่งเสริมสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และมีความสุข (People Excellence)								
กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคน ให้บุคลากรมีสมรรถนะที่ดีและมีความสุข	1.เพื่อให้บุคลากรสุขภาพดีมีความสุข	แผนงานที่ 1 การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในทุกระดับ 3.1 ส่งเสริมบุคลากรเรียนตามแผน Service planความต้องการของบุคลากรทดแทนอัตรากำลังให้สอดคล้อง ในทุกสาขาวิชาชีพ	K67 ระดับความสำเร็จของบุคลากรที่ผ่านการอบรมตามแผนservice plan	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	งานทรัพยากรบุคคล (K67-K73)
			K68 ร้อยละบุคลากรได้รับการอบรมตามแผน	≥60%	≥70%	≥80%	≥90%	
			K69 ร้อยละของข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการได้รับการทบทวนแก้ไข	100%	100%	100%	100%	
			K70 ร้อยละของบุคลากรได้รับการฝึกอบรมประกอบวิชาชีพ	100%	100%	100%	100%	
			K71 มีแผนการวางตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น	มี	มี	มี	มี	
			K72 ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการอัตรากำลังทดแทนสำเร็จภายในหน่วยงาน	ระดับ5	ระดับ5	ระดับ5	ระดับ5	
			K73 มีแผนการจัดตำแหน่งล่วงหน้า 3 ปี ในการเตรียมความพร้อมเพื่อทดแทนผู้เกษียณ มี/ไม่มี	มี	มี	มี	มี	
			แผนงานที่ 2 เพิ่มความสุขของบุคลากร 3.2 โครงการบริหารจัดการบุคลากร -กิจกรรมแนะแนว/ training 3.4.1แผนงานการใช้ข้อมูลจัดสรรอัตรากำลัง ปรับ จ.18 FTE Product 3.4.3 แผนการตรวจสอบสุขภาพประจำปีสำหรับเจ้าหน้าที่ความพร้อมเข้าสู่วัยเกษียณ	K74 ร้อยละบุคลากรผ่านการประเมิน smart people	50%	60%	70%	
		K75 ร้อยละของบุคลากรใหม่ได้รับการปฐมนิเทศและผ่านการประเมิน		100%	100%	100%	100%	
					K76 ร้อยละของบุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีทุกคน	100%	100%	100%
K77 ร้อยละของบุคลากร ที่มีความผิดปกติได้รับการดูแล	100%				100%	100%	100%	
K78 ร้อยละของการแก้ไขข้อมูลในระบบ HROPS เป็นปัจจุบัน 100%	100%				100%	100%	100%	
K79 ร้อยละ ของหน่วยงานมีการประเมิน Productivity	60%				70%	80%	90%	



วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เป้าประสงค์	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย				ผู้รับผิดชอบ
				2566	2567	2568	2569	
			K80 มีการจัดกิจกรรมตามโครงการเกษียณภาคภูมิ K81 มีการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยเกษียณตามโครงการ	มี มี	มี มี	มี มี	มี มี	
	2.เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้	แผน 3 การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการด้านสุขภาพ 2.15 พัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน HAของหน่วยงาน	K82 โรงพยาบาลผ่านการรับรอง Reaccreditation-3 K83 ร้อยละที่มนำ/ทีมคร่อมได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ K84 จำนวนผลงานวิจัย CQI หรือ R2R ระดับจังหวัดขึ้นไป K85 ระดับความสำเร็จของการจัดทำเอกสารคุณภาพ K86 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ผ่าน 70% 1เรื่อง ระดับ5 >80%	ผ่าน 80% 1เรื่อง ระดับ5 >80%	ผ่าน 90% 1เรื่อง ระดับ5 >80%	ผ่าน 100% 2เรื่อง ระดับ5 >80%	ภก.พงษ์ศธร จงจินากุล(K82-K86)



กลยุทธ์	เป้าประสงค์	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย				ผู้รับผิดชอบ
				2566	2567	2568	2569	
ยุทธศาสตร์ที่4 พัฒนาการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ (Governance Excellence)								
กลยุทธ์ที่5 พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ	1.เพื่อให้โรงพยาบาลมีคุณธรรมและความโปร่งใส	แผนงานที่ 1 พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ S3.3 เสริมสร้างวินัยและระบบคุณธรรมในหน่วยงาน	K87 ร้อยละหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) (MOPH Integrity and Transparency Assessment : ITA) K88 ร้อยละของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) K89 ร้อยละของบุคลากรได้เข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการเสริมสร้างวินัยและคุณธรรมปีละ1ครั้ง	92% 90% 100%	92% 90% 100%	92% 90% 100%	92% 90% 100%	กลุ่มงานบริหารทั่วไป/นายวรยุทธเลิศแล้ว (K87-K89)
กลยุทธ์ที่6 พัฒนาระบบสารสนเทศด้านความปลอดภัยของข้อมูลข่าวสารและการนำข้อมูลไปใช้	2.เพื่อให้โรงพยาบาลมีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ	แผนงานที่1 พัฒนาความมั่นคง ความปลอดภัยของข้อมูล และเทคโนโลยีสารสนเทศ S4.1 ปรับปรุงโครงสร้างระบบเครือข่ายภายใน และ data center ของโรงพยาบาล	K90 อุบัติการณ์ Server HI ล่ม ไม่เกิน 1 ครั้ง /ปี K91 จำนวนครั้งอุบัติเหตุที่ถูกลักขโมยทางคอมพิวเตอร์ ไม่เกิน 2ครั้ง/ปี	≤1 ≤2	≤1 ≤2	≤1 ≤2	≤1 ≤2	งานเทคโนโลยีสารสนเทศ/นายปรัชญาพลอยเพชร (K90-K92)
		แผนงานที่2 พัฒนาระบบรายงานสารสนเทศด้านสุขภาพ S4.2 เพิ่มการเข้าถึงระบบรายงานสารสนเทศด้านสุขภาพ	K92 อัตราการเข้าถึงระบบคลังสารสนเทศทุกหน่วยงาน	100%	100%	100%	100%	



กลยุทธ์	เป้าประสงค์	แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย				ผู้รับผิดชอบ
				2566	2567	2568	2569	
กลยุทธ์ที่7 พัฒนาการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	3.เพื่อให้การบริหารงานยุทธศาสตร์และการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ	แผนงานที่1 การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง S4.3 เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย และควบคุมการบริหารจัดการแผนงบประมาณ	K93 ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน K94 ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการด้านแผนปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ K95 ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการแผนงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ	ระดับ 0 ระดับ5 ระดับ5	ระดับ 0 ระดับ5 ระดับ5	ระดับ0 ระดับ5 ระดับ5	ระดับ 0 ระดับ5 ระดับ5	งานการเงิน/น.ส. อัมพา ปัญญา ยิ่ง (K93) งานยุทธศาสตร์/นางจุฑาทิพย์ หลงชิน(K94) กลุ่มงานประกันสุขภาพ/นาย ตรีทองทรัพย์ สายกนก (K95)



ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลโขงเจียม ปีงบประมาณ 2566-2569

ลำดับตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
1	ร้อยละเด็ก0-5ปีมีพัฒนาการสมวัย	นางสาวอภิญญา คำหงษา /งานส่งเสริมสุขภาพ
2	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะgeriatric syndrome ได้รับการดูแลต่อเนื่องในคลินิกผู้สูงอายุ	นางอิศรา สมสะอาด/ คลินิกผู้สูงอายุ
3	ร้อยละผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ได้รับการส่งต่อเพื่อรักษา	นางอิศรา สมสะอาด/ คลินิกผู้สูงอายุ
4	จำนวนชุมชนที่ได้รับการประชุมและได้รับการแก้ไขปัญหาด้านบริบท	น.ส.ปิยะพร พุ่มแก้ว/กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ
5	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี	นางนันทกมล ส่องแสง/งานอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ
6	ระดับของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	น.ส.สุพรรณษา มหิตยา/งานอาชีวอนามัยฯ
7	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ลดลงจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	นางอิศรา สมสะอาด/NCD team
8	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2เข้าสู่ระยะสงบ (HbA1c<6.5) และไม่ใช้ยามากกว่า 3 เดือน	นางอิศรา สมสะอาด/NCD team
9	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดยา DM มากกว่า 3 เดือน (HbA1c<6.5)	นางอิศรา สมสะอาด/NCD team
10	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	นางอิศรา สมสะอาด/NCD team
11	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	นางอิศรา สมสะอาด/NCD team
12	ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ml/min/1.73 m2/yr	นางอิศรา สมสะอาด/NCD team
13	จำนวนผู้ป่วยSTEMIที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล	นางสไบพร สายเนตร/งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
14	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วย stroke fast-trackภายใน40นาที	นางสไบพร สายเนตร/งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
15	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยSepsis	นางสาวจุฬารัตน์ ผลตก/งานผู้ป่วยใน
16	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis	นางสาวจุฬารัตน์ ผลตก/งานผู้ป่วยใน
17	ร้อยละบุคลากรได้รับการอบรมตามแผน	น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร/HRD Team



ลำดับตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
18	ร้อยละของการแก้ไขข้อมูลในระบบ HROPS เป็นปัจจุบัน 100%	น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร/HRD Team
19	ร้อยละของบุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีทุกคน	น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร/HRD Team
20	จำนวนผลงานวิจัย CQI หรือ R2R ระดับจังหวัดขึ้นไป	ภก.พงษ์ศธร จงจินากุล/ศูนย์คุณภาพ
21	ระดับความสำเร็จของการจัดทำเอกสารคุณภาพ	ภก.พงษ์ศธร จงจินากุล/ศูนย์คุณภาพ
22	ร้อยละหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) (MOPH Integrity and Transparency Assessment : ITA)	นายวรยุทธ เลิศแล้ว/กลุ่มงานบริหารทั่วไป
23	ร้อยละของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA)	นายวรยุทธ เลิศแล้ว/กลุ่มงานบริหารทั่วไป
24	อุบัติการณ์ Server HI ล่ม ไม่เกิน 1 ครั้ง /ปี	นายปรัชญา พลอยเพชร/งานเทคโนโลยีสารสนเทศ
25	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	นส.อัมพา ปัญญาธิง/งานการเงินและบัญชี
26	ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการด้านแผนปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ	นางจุฑาทิพย์ หลงชิน/งานยุทธศาสตร์



โครงการและงบประมาณเพื่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ปีงบประมาณ 2567

สรุปงบประมาณแผนงาน/โครงการ เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลโขงเจียม ปีงบประมาณ 2567

ยุทธศาสตร์/ประเด็นสุขภาพ	รวมโครงการ แต่ละด้าน	จำนวนโครงการ										รวมโครงการ
		PP	งบประมาณ	เงินบำรุง	งบประมาณ	กองทุนตำบล	งบประมาณ	สปสช.	งบประมาณ	อื่น	รวมโครงการ	
1.Promotion Prevention & Protection Excellence (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ) (4 แผนงาน)												
แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)	31	18	196,890.00	0	-	13	222,785.00	0	-	0	0	
แผนงานที่ 2 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0	
แผนงานที่ 3 : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	4	3	10,775.00	1	6,840.00	0	-	0	-	0	0	
แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	12	1	5,000.00	9	108,900.00	2	31,190.00	0	-	0	0	
รวมด้านที่ 1	47	22	212,665.00	10	115,740.00	15	253,975.00	0	-	0	0	
2. Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) (5 แผนงาน)												
แผนงานที่ 5 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)	3	2	34,400.00	0	-	1	36,240.00	0	-	0	0	
แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	45	15	440,470.00	23	251,350.00	7	425,700.00	0	-	0	0	
แผนงานที่ 7 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	6	0	-	6	105,400.00	0	0	0	-	0	0	
แผนงานที่ 8 : การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ	0	0	-	0	-	0	0	0	-	0	0	
แผนงานที่ 9 : อุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย	0	0	-	0	-	0	0	0	-	0	0	
รวมด้านที่ 2	54	17	474,870.00	29	356,750.00	8	461,940.00	0	0	0	0	
3. People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) (1 แผนงาน)												
แผนงานที่ 10 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	4	0	0	3	63,750.00	0	0	0	0	1	51,930.00	
รวมด้านที่ 3	4	0	0	3	63,750.00	0	0	0	0	1	51,930.00	
4. Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล) (5 แผนงาน)												
แผนงานที่ 11 : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ	24	2	122,000.00	22	783,960.00	0	0	0	0	0	0	
แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	1	0	-	1	13,000.00	0	0	0	0	0	0	
แผนงานที่ 13 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ	4	0	-	4	110,000.00	0	0	0	0	0	0	
แผนงานที่ 14 : การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ	1	0	-	1	56,800.00	0	0	0	0	0	0	
รวมด้านที่ 4	30	2	122,000.00	28	963,760.00	0	0	0	0	0	0	
รวม	135	41	809,535.00	70	1,500,000.00	23	715,915.00	0	0	1	51,930.00	


 (นายวุฒิชัย ลิ้มปิติปราการ)
 สาธารณสุขอำเภอโขงเจียม
 วันที่ 24 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2566


 (นายแพทย์สิทธิพงษ์ อุ่นทอง)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม
 วันที่ 24 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2566


 (นายธีระพงษ์ แก้วกมล)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
 วันที่ 24 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2566





โครงการและงบประมาณเพื่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ปีงบประมาณ 2566

สรุปงบประมาณแผนงาน/โครงการ เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลโขงเจียม ปีงบประมาณ 2566

ยุทธศาสตร์/ประเด็นสุขภาพ	จำนวนโครงการ	งบประมาณรวม (บาท)	จำนวนเงินจำแนกแหล่งงบประมาณ (บาท)						หมายเหตุ
			PP	OP	IP	เงินบำรุง	กองทุนตำบล	อื่นๆ	
เป็นเลิศ) (4 แผนงาน 7โครงการ)	61								
แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)	35	221,985.00	206,985.00	-	-	15,000.00	597,300.00	-	
แผนงานที่ 2 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	0	-	-	-	-	-	-	-	
แผนงานที่ 3 : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	14	123,000.00	116,000.00	-	-	7,000.00	127,300.00	-	
แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	12	179,041.00	5,000.00	-	-	174,041.00	-	-	
2. Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) (5 แผนงาน)	39								
แผนงานที่ 5 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)	5	-	-	-	-	-	26,800.00	-	
แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	28	365,524.00	-	-	-	365,524.00	-	-	
แผนงานที่ 7 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	4	52,000.00	-	-	-	52,200.00	-	-	
แผนงานที่ 8 : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ	2	30,720.00	30,720.00	-	-	-	-	-	
แผนงานที่ 9 : อุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย	0	-	-	-	-	-	-	-	
3. People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) (1 แผนงาน)	17								
แผนงานที่ 10 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	17	424,800.00	-	-	-	424,800.00	-	-	
4. Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล) (5 แผนงาน)	15								
แผนงานที่ 11 : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ	9	321,760.00	30,000.00	-	-	291,760.00	-	-	
แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	4	32,075.00	-	-	-	32,075.00	-	-	
แผนงานที่ 13 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ	2	37,600.00	-	-	-	37,600.00	-	-	
แผนงานที่ 14 : การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ	0	-	-	-	-	-	-	-	
ภารกิจพื้นฐาน	0	-	-	-	-	-	-	-	
รวม	132		388,705	-	-	1,400,000.00	751,400	-	

.....
(นายวันเกียรติ รุ่งพันธ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม
วันที่ เดือน พ.ศ.

.....
(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
วันที่ เดือน พ.ศ.

.....
(นายธีระพงษ์ แก้วมร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม
วันที่ เดือน พ.ศ.
๑๗ ม.ค. ๒๕๖๖

บทที่ 5

การกำกับติดตาม และการประเมินผล

การติดตามประเมินผลจะมีการดำเนินการตามวงจรของแผน (Plan cycle) มีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ วางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Implementation) และการติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) ซึ่งการติดตามและการประเมินผลเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อประสิทธิภาพและผลสำเร็จของแผน

การติดตามผล (Monitoring)

เป็นกระบวนการหนึ่งในการบริหารงาน เพื่อตรวจสอบการดำเนินงานที่จะช่วยให้ระบบการวางแผน และการบริหารงานมีประสิทธิภาพ โดยรวบรวมข้อมูลตามระบบงาน เช่น เป้าหมาย วิธีการและผลการปฏิบัติงาน แล้ววิเคราะห์นำมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขวิธีการปฏิบัติงาน ในห้วงเวลาการดำเนินงาน/โครงการตามแผน เพื่อให้ได้ผลงาน (Outputs) เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

การติดตามผลเป็นวิธีการในการเร่งรัดตรวจสอบการดำเนินงาน/โครงการให้ดำเนินการแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด โดยจะต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องตลอดห้วงเวลาการดำเนินงาน/โครงการ ซึ่งอาจจะติดตามผลเป็นประจำทุก 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน หรือตามความเหมาะสมในการเร่งรัดงาน เป็นต้น ซึ่งการติดตามผลจะมุ่งเน้นข้อมูลที่มีความสำคัญหลักๆ ของงาน/โครงการ ดังนี้

1. ผลการปฏิบัติงาน (ของผู้รับผิดชอบ) หรือกิจกรรม เพื่อตรวจสอบว่าได้ปฏิบัติงานตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ตามแผนหรือไม่เพียงใด
2. ผลการใช้ปัจจัยหรือทรัพยากร (Inputs) เพื่อตรวจสอบว่างาน/โครงการได้รับปัจจัยหรือทรัพยากร ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้หรือไม่เพียงใด
3. ผลการดำเนินงานหรือผลผลิต (Outputs) เพื่อตรวจสอบว่าได้ผลตรงเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่เพียงใด มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง

การประเมินผล (Evaluation)

เป็นกระบวนการในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลของการดำเนินงาน/โครงการตามแผน และพิจารณาংশชี้ให้ทราบถึงจุดเด่นหรือจุดด้อยของงาน/โครงการอย่างมีระบบ แล้วตัดสินใจจะปรับปรุงแก้ไขงาน/โครงการนั้นเพื่อการดำเนินงานต่อไปหรือจะยุติการดำเนินงาน/โครงการนั้น

การประเมินผลงาน/โครงการอย่างมีระบบ ย่อมจะมีส่วนช่วยให้ผู้บริหารงาน/โครงการได้ตระหนักถึงคุณภาพของงาน/โครงการ ที่กำหนดไว้ว่า จะสามารถสนองตอบความต้องการของสังคม หรือสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นมาน้อยเพียงใด และช่วยให้ผู้บริหารสามารถตัดสินใจในการดำเนินการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงงาน/โครงการ ให้มีความถูกต้องเหมาะสม และส่งผลให้งาน/โครงการ นั้นดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทุกประการ

การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ

เนื่องจากในการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ ได้ยึดหลักการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Management for results/Results Based Management: RBM) โดยใช้ระบบการประเมินผลงานที่อาศัยตัวชี้วัด (Indicators) เป็นตัวสะท้อนผลงานให้ออกมาเป็นรูปธรรม และตอบคำถามถึงความคุ้มค่าในการดำเนินงานเพื่อใช้แสดงผลงานต่อสาธารณะและปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ดียิ่งขึ้น การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์เป็นการบริหารที่เน้นผลสัมฤทธิ์ (Results) โดยมีตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรมด้วยการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จหรือ

ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานหลัก (Key Performance Indicators: KPI) ไว้อย่างชัดเจน เป็นที่เข้าใจของทุกคนในองค์กร โดยจะต้องเป็นตัวชี้วัดที่แสดงเป้าหมายของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจขององค์กรและการวัดผลการปฏิบัติงานควรให้สอดคล้องกับลำดับชั้นของเป้าหมายขององค์กรด้วย ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายขององค์กร ถือว่าเป็นตัวชี้วัดที่ไม่เหมาะสม และอาจทำให้ผู้บริหารองค์กรตัดสินใจผิดพลาดไป จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องทำความเข้าใจกับทุกคน ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และความจำเป็นของการวัดผลอย่างชัดเจน นอกจากนี้การกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับงาน จะช่วยให้เกิดการยอมรับอย่างทั่วถึง

ดังนั้น ในการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายผลผลิต และผลลัพธ์ของโครงการ ควรให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ทั้งนี้เพราะผู้ปฏิบัติย่อมรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ดี และจะเป็นผู้สนับสนุนการทำงานให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ต่อไป

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก วัดความก้าวหน้าของการบรรลุปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ หรือผลสัมฤทธิ์ขององค์กร โดยการวัดผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงเทียบกับมาตรฐานหรือเป้าหมายที่ตกลงกันไว้ ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานหลัก ที่มักใช้ระบบการวัดผลสัมฤทธิ์ ของโครงการภาครัฐ มี 5 ประเภท ดังนี้

1. ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า (Input Indicators) ได้แก่ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ เช่น จำนวนเงินที่ใช้หรือจำนวนบุคลากรที่จำเป็นในการให้บริการ และจำนวนอุปกรณ์การผลิต เป็นต้น

2. ตัวชี้วัดผลผลิต (Output Indicators) ตัวชี้วัดนี้จะแสดงจำนวนสิ่งของที่ผลิตได้หรือจำนวนหน่วยที่ได้ให้บริการต่อผู้รับบริการ ตัวชี้วัดนี้จะรวมตัวชี้วัดภาระงาน(workload) ซึ่งเป็นตัวสะท้อนความพยายามที่ใช้เพื่อผลิตสิ่งของหรือให้บริการ ตัวอย่างของตัวชี้วัดผลผลิต ได้แก่ จำนวนผู้เข้าอบรม จำนวนนักเรียนหรือวันที่ทำการสอน จำนวนนักเรียนที่เลื่อนชั้น หรือจบการศึกษา หรือจำนวนหลุมบนถนนที่ได้รับการแก้ไข เป็นต้น

3. ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome Indicators) ตัวชี้วัดนี้จะแสดงผลสัมฤทธิ์ของโครงการ ตัวอย่างได้แก่ ร้อยละของผู้จบการศึกษาระดับมัธยมปลายที่มีงานทำหรือร้อยละของผู้จบการศึกษาที่เข้าต่อได้หลังสำเร็จการศึกษาได้ ๒ ปี หรือจำนวนกิโลเมตรของทางด่วนที่มีสภาพอยู่ในเกณฑ์เลว พอใช้ได้และดีมาก หรือตัวชี้วัดผลลัพธ์อื่นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของบริการ เช่น เวลาเฉลี่ยในการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนเรื่องถนนชำรุด เป็นต้น

4. ตัวชี้วัดประสิทธิภาพและความคุ้มค่า (Efficiency and Cost effectiveness Indicators) ตัวชี้วัดเหล่านี้จะแสดงค่าใช้จ่ายต่อหน่วยของผลผลิตและผลลัพธ์ตามลำดับตัวอย่างได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่อหัวของนักเรียนที่เลื่อนชั้น และสำเร็จการศึกษา หรือเวลาทำงาน (ชั่วโมง) ในการปรับสภาพพื้นผิวถนน 1 กิโลเมตร เป็นต้น

ระบบการติดตามและประเมินผล

เมื่อได้มีการกำหนดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติหลักแล้ว ก็จะต้องมีการติดตามและประเมินผล เพื่อทราบความก้าวหน้าของผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และการบรรลุผลสำเร็จ หรือผลสัมฤทธิ์ของงาน/โครงการตามแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการประจำปี โดยการนำเทคโนโลยีและเครื่องมือทางการบริหารสมัยใหม่ต่าง ๆ มาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพ การกำกับและติดตามประเมินผล โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

1. แต่งตั้งคณะทำงานติดตามและประเมินผลโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) หรือคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) พิจารณาแต่งตั้งบุคคลจากผู้บริหาร ผู้แทนจากหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ ผู้แทนจากหน่วยงานซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ องค์กรภาคเอกชน ภาคประชาชน เป็นคณะทำงานติดตามและประเมินผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ตามแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการประจำปีของอำเภอโขงเจียม อำนาจหน้าที่ของคณะทำงานติดตามและประเมินผล ได้แก่



1.1 เสนอการกำหนดค่าเป้าหมายและตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์ต่อ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) หรือคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข
ระดับอำเภอ (คปสอ.)

1.2 ดำเนินการติดตามและประเมินผลการพัฒนา โดยใช้ระบบรายงาน ระบบการนิเทศงาน
ผสมผสาน

1.3 รายงานผลการดำเนินงานตามระยะเวลาที่กำหนด

2.การกำหนดค่าเป้าหมายและตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ ในการบริหารงานในหลายมิติ ทั้งด้านประสิทธิผล
คุณภาพการให้บริการ ประสิทธิภาพและการพัฒนาองค์กร โดยใช้เทคนิค Balanced Scorecard (BSC)

3.กลุ่มงานเจ้าภาพหลัก ดำเนินการรวบรวมผลงานตามตัวชี้วัดที่ได้รับมอบหมาย และนำเสนอรายงาน
ความก้าวหน้าของผลงานต่อที่ประชุม คปสอ.ทุกเดือน

4.การจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Memorandum of Understanding: MOU) ใช้เป็น
เครื่องมือในการติดตามและวัดผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในระดับอำเภอและพื้นที่

5.รายงานการประเมินผลตนเอง (Self-Assessment Report: SAR Card) ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผล
ตามผล



ภาคผนวก



รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ยุทธศาสตร์ที่ 1.1	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ P&P Excellence				
แผนงานที่ 1.1	ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์				
โครงการที่ 1.1	โครงการติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ มารดาและทารกหลังคลอด				
ชื่อตัวชี้วัด 1	ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์				
คำนิยาม	ร้อยละของหญิงหลังคลอดที่ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง มารดาหลังคลอดและลูกในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับการเยี่ยม/ดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และ หรือ อสม. ตามเกณฑ์ จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 คือ เยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์แรก ไม่เกิน 7 วันนับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ 2 คือ เยี่ยมระหว่าง วันที่ 8 – วันที่ 15 นับจากวันคลอด ครั้งที่ 3 คือ เยี่ยมระหว่าง วันที่ 16 – วันที่ 42 นับจากวันคลอด **หญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบ หมายถึง หญิงหลังคลอด ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบนั้น ๆ และหญิงคลอดผู้รับบริการ ประกอบด้วย 1. หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบที่มาใช้บริการคลอด				
เกณฑ์เป้าหมาย					
ผลงานปี2565		ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ร้อยละ 75		ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้มารดาและทารกหลังคลอดได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 2. เพื่อให้มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด 3. เพื่อเป็นการสานความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างโรงพยาบาล และประชาชน 4.เพื่อสร้างทีมเครือข่ายสร้างสุขภาพตำบลโขงเจียม (อสม.จนท.) และครอบครัว ให้ดูแลครอบครัวและชุมชนในเรื่องอนามัยแม่และเด็กและเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพได้ 5.เพื่อพัฒนาให้เกิดการดูแลหลังคลอดที่ผสมผสานการแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทยและระลึกถึงคุณค่าภูมิปัญญาท้องถิ่นด้วยใจด้วยทีมเครือข่ายสร้างสุขภาพและครอบครัว มีการอยู่ไฟที่เป็นไปตามหลักการแพทย์แผนไทยผสมผสานกับภูมิปัญญาท้องถิ่น สะอาดและถูกสุขลักษณะ ไม่ขัดกับประเพณีวัฒนธรรมของพื้นที่ 6.เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดรวมไปถึงครอบครัวให้เป็นไปในทางบวก มีความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การดูแลสุขภาพตนเองหลังคลอดและการเลี้ยงดูการให้นมแม่และอาหารเสริมลูกเป็นอย่างดี				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	มารดาและทารกหลังคลอดที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียมและตำบลโขงเจียม				



วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ศูนย์อนามัยที่ 1-12/ ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม : แฟ้ม Postnatal
รายการข้อมูล1	A = จำนวนหญิงคลอด ตาม B ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ในเวลาที่กำหนด (ฐาน 43 แฟ้ม : แฟ้ม Postnatal)
รายการข้อมูล2	B = จำนวนหญิงคลอดตั้งแต่ 42 วันขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด (ฐาน 43 แฟ้ม : แฟ้ม Postnatal)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุก 6 เดือน
วิธีการประเมินผล	ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมาย
เอกสารสนับสนุน	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	นางสาวอภิญญา คำหงษา ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 080-0014080 E-mail : koy_0123@hotmail.co.th

ยุทธศาสตร์ที่ 1	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ P&P Excellence			
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่1.1	โครงการพัฒนางานด้านส่งเสริมป้องกันอนามัยแม่และเด็ก			
ชื่อตัวชี้วัดที่2	ร้อยละเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก			
คำนิยาม	เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุระหว่าง 6 เดือน ถึง 4 ปี 11 เดือน และ 29 วันในเขตตำบลโขงเจียม การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก หมายถึง กระบวนการให้บริการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อลดภาวะโลหิตจางในเด็ก ระหว่าง 6 เดือน ถึง 4 ปี 11 เดือน 29 วัน ในเขตในเขตตำบลโขงเจียม เพื่อเป็นการส่งเสริมและเร่งรัดให้มีการเข้าถึงบริการ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 7 เมษายน 2559 อย่างต่อเนื่องให้เด็กปฐมวัย อายุ 6 เดือน -5 ปีได้รับยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เพิ่มขึ้น โดยส่งเสริมให้มีการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก ในกลุ่มเด็ก 6 เดือน ถึง 5 ปี คนไทยทุกสิทธิ ที่มารับให้ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ให้เพียงพอกับปริมาณที่กำหนดตามคำแนะนำ โดยคำนวณให้กินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ตามคู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก)			
เกณฑ์เป้าหมาย				
ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ 2569
ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90



วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0 - 5 ปีในเขตตำบลโขงเจียม 2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขและการเฝ้าระวังทางโภชนาการในคลินิก ฝากครรภ์ (ANC) คลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และโรงเรียน ระดับอนุบาล หมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	-หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก -เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงานผลการให้น้ำนมเสริมธาตุเหล็ก กลุ่มเด็ก 6 เดือน ถึง 5 ปี สถานบริการสุขภาพ ทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 3) โรงเรียนระดับอนุบาล 4) หมู่บ้าน (จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กครบตามเกณฑ์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ทั้งหมดในพื้นที่
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	รายไตรมาส ประเมินผล Ranking 2 รอบต่อปี รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม - 31 มีนาคม) ของปีงบประมาณนั้น รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 31 สิงหาคม) ของปีงบประมาณนั้น
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC จังหวัดอุบลราชธานีกับ ค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด
เอกสารสนับสนุน	กรมส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน สำนักงานโภชนาการ กรมอนามัย
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอภิญญา คำหงษา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผล	นางสาวอภิญญา คำหงษา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ

ยุทธศาสตร์ที่ 1	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ P&P Excellence
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 1.1	โครงการพัฒนางานด้านส่งเสริมป้องกันอนามัยแม่และเด็ก
ชื่อตัวชี้วัดที่ 3	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
คำนิยาม	เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วันในเขตตำบลโขงเจียม สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2563 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตาม เกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง



สูงสุดมีส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน ในคนเดียวกัน					
เกณฑ์เป้าหมาย					
ผลงานปี2565		ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ร้อยละ 64		ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์		1. เพื่อส่งเสริมเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0 - 5 ปีในเขตตำบลโขงเจียม 2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขและการเฝ้าระวังทางโภชนาการในคลินิก ฝากครรภ์ (ANC) คลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และโรงเรียน ระดับอนุบาล หมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		-หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก ในเขตตำบลโขงเจียม -เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วันในเขตตำบลโขงเจียม			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		1.ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และบันทึกด้วยทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก 20.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 151.2 เซนติเมตร 2. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน PCU ของโรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลน้ำหนักความยาว/ส่วนสูง ของเด็กจากหมู่บ้าน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โรงเรียนระดับอนุบาล และสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (คลินิกสุขภาพเด็กดี) ซึ่งไม่รวมการมารับบริการในกรณีเจ็บป่วย บันทึกในโปรแกรมหลัก ของสถานบริการ เช่น JHCIS, HOSxPPCU เป็นต้น เพื่อส่งออกแฟ้มข้อมูล Nutrition ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล		1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 3) โรงเรียนระดับอนุบาล 4) หมู่บ้าน (จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)			
รายการข้อมูล1		A = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีสูงสุดมีส่วนตามเกณฑ์			
รายการข้อมูล2		B = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		(A/B)x100			
ระยะเวลาการประเมินผล		รายไตรมาส ประเมินผล Ranking 2 รอบต่อปี รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม – 31 มีนาคม) ของปีงบประมาณนั้น รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 31 สิงหาคม) ของปีงบประมาณนั้น			
วิธีการประเมินผล		เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC จังหวัดอุบลราชธานีกับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด			
เอกสารสนับสนุน		1.หนังสือแนวทางการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต 2.หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ 3.หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี 4. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมตำบลเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย 5.แนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC)			



	6.ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 7.info graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง 8.Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง 9.VTR มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต 10.ชุดความรู้กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน 11.หนังสือแนวทางการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอภิญญา คำหงษา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	นางสาวอภิญญา คำหงษา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ

ยุทธศาสตร์ที่ 1	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ P&P Excellence
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)
โครงการที่1.2	โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการพัฒนาการสมวัย
ชื่อตัวชี้วัดที่4	ร้อยละเด็ก0-5ปีมีพัฒนาการสมวัย
คำนิยาม	เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ในเขตตำบลโขงเจียม พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการ ติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน (1B260) คำนิยามเพิ่มเติม การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้า ระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรอง พัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้ง เด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262: เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรอง พัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)



เกณฑ์เป้าหมาย				
ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 98
วัตถุประสงค์	1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ 3. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกใน โปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูล ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
รายการข้อมูล1	A = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย			
รายการข้อมูล2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)x100			
ระยะเวลาการประเมินผล	2 รอบต่อปี รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม – 31 มีนาคม) ของปีงบประมาณนั้น รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 31 สิงหาคม) ของปีงบประมาณนั้น			
วิธีการประเมินผล	-			
เอกสารสนับสนุน	1. หนังสือแนวทางการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต 2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ 3. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี 4. แนวทางการดำเนินงานตามเกณฑ์ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต 5. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอภิญญา คำหงษา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ			
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผล	นางสาวอภิญญา คำหงษา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ			
ยุทธศาสตร์ที่ 1	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ P&P Excellence			
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการ1.2	โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการพัฒนาการสมวัย			
ชื่อตัวชี้วัดที่5	ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม			
คำนิยาม	เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ในเขตอำเภอโขงเจียม			
เกณฑ์เป้าหมาย				
ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ไม่เกินร้อยละ 7	ไม่เกินร้อยละ 7	ไม่เกินร้อยละ 7	ไม่เกินร้อยละ 5	ไม่เกินร้อยละ 5



วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ทารกมีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีสติปัญญาและพัฒนาการสมวัยในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกแรกเกิด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ห้องคลอด โรงพยาบาลโขงเจียม บันทึกในโปรแกรม HIWIN เพื่อส่งต่อให้สสอและสสจ. รวบรวมส่ง สสย. สู่ระบบรายงาน 21/43 แพ้ม
แหล่งข้อมูล	ห้องคลอด โรงพยาบาลโขงเจียม
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม แพ้ม newborn
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กแรกเกิดมีชีพทั้งหมดจากแพ้ม newborn
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการทุกไตรมาส รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม – 31 มีนาคม) ของปีงบประมาณนั้น รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 30 กันยายน) ของปีงบประมาณนั้น
วิธีการประเมินผล	การออกรายงาน HDC
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ 2.นายธีรพล เบี้ยกลาง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ งานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผล	นายธีรพล เบี้ยกลาง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ งานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ
ยุทธศาสตร์ที่ 1	บริการเป็นเลิศ Service Excellent
แผนงานที่ 1	พัฒนาระบบสุขภาพตาม Service plan
โครงการที่ 1.2	โครงการการดำเนินงานกระตุ้นพัฒนาการสมวัย อ.โขงเจียม
ชื่อตัวชี้วัดที่ 6	เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ แล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าที่ต้องได้รับการกระตุ้นด้วย เครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I) (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75)
ชื่อตัวชี้วัดที่ 7	เด็กปฐมวัยที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I มีพัฒนาการสมวัยหลังเข้ารับการกระตุ้น พัฒนาการ (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35)
คำนิยาม	เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าจาก DSPM หมายถึง เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับตรวจ คัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจ คัดกรองพบไม่ผ่านอย่างน้อย 1 ด้าน จากการตรวจคัดกรอง พัฒนาการในครั้งที่ 2 (รหัส 1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242) เพื่อนำเข้าสู่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาล่าช้า (TEDA4I) ใน โรงพยาบาล เด็กที่มีพัฒนาการที่ต้องส่งต่อทันที ได้แก่ เด็กที่มีพัฒนาล่าช้า และ /หรือเด็ก กลุ่มป่วยที่ได้รับการ ตรวจวินิจฉัย เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน TEDA4I จากพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ในคลินิก กระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนา ล่าช้า (TEDA4I) (รหัส 1B271, 1B272, 1B273, 1B274 และ 1B275) การกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน หมายถึง การที่เด็กได้รับการคัดกรอง แล้วพบว่ามี พัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้น พัฒนาการด้วยคู่มือประเมิน เพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early



	Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือเครื่องมือ มาตรฐานอื่น ๆ เช่น คู่มือคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี สำหรับ บุคลากรสาธารณสุข คู่มือประเมินและ แก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด -5 ปี โปรแกรม การฝึก/ กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อ ความหมาย) เป็นต้น มีพัฒนาการสมวัยหลังเข้ารับการกระตุ้น หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับ การกระตุ้น พัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	ตัวชี้วัดที่48 =ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75
	ตัวชี้วัดที่49 =ร้อยละ 35	ร้อยละ 35	ร้อยละ 35	ร้อยละ 35	ร้อยละ 35
วัตถุประสงค์	1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต มีพัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วยเครื่องมือมาตรฐานTEDA4I 3. ส่งเสริมให้ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก มีความรู้ความสามารถ ในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าให้มี พัฒนาการสมวัย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มี ชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง และ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขตแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุข รพท. / รพช. นำข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า บันทึกใน โปรแกรมหลักของสถานบริการฯ (และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม)				
แหล่งข้อมูล	HDC จังหวัดอุบลราชธานี				
รายการข้อมูล1	A = จำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ในคลินิก กระตุ้น พัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า รพ.				
รายการข้อมูล2	B = จำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า				
	C = จำนวนเด็กที่เข้ารับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ในคลินิก มีพัฒนาการสมวัย				
	D = จำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ในคลินิก กระตุ้น พัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า รพ.				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	(A/B) x 100				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด2	(C/D) x 100				
ระยะเวลาการ ประเมินผล	ประเมินผลจาก HDC ทุกเดือน				
วิธีการประเมินผล	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด				
เอกสารสนับสนุน	คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ(Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I)				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาว กุลธิดา ดอนคำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผล	นางสาว กุลธิดา ดอนคำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก				



ยุทธศาสตร์ที่ 1	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ P&P Excellence				
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ1.3	โครงการพัฒนาศักยภาพระบบการดูแลผู้สูงอายุ				
ชื่อตัวชี้วัดที่ 8	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลในสถานบริการและในชุมชน				
คำนิยาม	ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในเขตตำบลโขงเจียม ที่มี ADL ≥ 12 คะแนน ทั้งเพศชายและเพศหญิง พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคล ที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆเอง (ร่างกาย จิตใจ และสังคม) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านการบริโภค อาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัย สิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย 1. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน/ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ทำไร่/ ทำสวน/ทำนา/ ออกกำลังกาย) สัปดาห์ละ 150 นาที/สัปดาห์ 2. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6–7 วันต่อสัปดาห์) 3. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4. ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่ 5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า) 6. มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรค ประจำตัวมีการรับประทานยาต่อเนื่อง) 7. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8 ชั่วโมง 8. ด้านทันตกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก หมายเหตุ: 1. ผ่านการประเมินทั้ง 8 ด้าน ถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ 2. กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงาน ของกล้ามเนื้อ และทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำ กิจกรรมในชีวิต ประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรงกาย การเดินทางด้วยจักรยานหรือเดินทางเดินขึ้นบันได และกิจกรรมยามว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา วิ่ง ปั่นจักรยานและการท่องเที่ยว (ที่มา : แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.2561–2573) 3. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6–7 วันต่อสัปดาห์) 4. อ้างอิงดัชนีที่ 8 ตามแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2561				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 52	ร้อยละ 54	ร้อยละ 56
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการ ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง				



	2. เพื่อให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น 3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน และเพิ่มทักษะ ในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม 4. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ/ โรงเรียนผู้สูงอายุ ชุมชน												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มี ADL $\geq$ 12คะแนน ร้อยละ 10ของประชากรสูงอายุทั้งหมดของพื้นที่ตำบลโขงเจียม												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สุ่มสำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพตามระเบียบวิธีวิจัย 2. แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน /รายงานตามระบบโปรแกรมรายงาน 3. ระบบคลังข้อมูล Application Health For You (H4U) 4. ข้อมูลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC)												
แหล่งข้อมูล	1. ระบบคลังข้อมูล Application Health For You (H4U) สมุดสุขภาพประชาชน 2. ฐานข้อมูล HDC สนง.สสจ.อุบลราชธานี												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$												
ระยะเวลาการประเมินผล	ประเมินแผนปฏิบัติ 1 ครั้ง และติดตามการดำเนินงานตามรอบการประเมิน รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 31 มีนาคม ของปีงบประมาณนั้น รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน ถึงวันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณนั้น เกณฑ์การให้คะแนน Ranging (รอบที่ 1 และรอบที่ 2) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 31 มีนาคม ของปีงบประมาณนั้น รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน ถึงวันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณนั้น <table border="1"> <thead> <tr> <th>ค่าคะแนน</th><th>ความหมาย/เกณฑ์การวัด</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 คะแนน</td><td>ระหว่างร้อยละ 10-1</td></tr> <tr> <td>2 คะแนน</td><td>ระหว่างร้อยละ 20-29</td></tr> <tr> <td>3 คะแนน</td><td>ระหว่างร้อยละ 30-39</td></tr> <tr> <td>4 คะแนน</td><td>ระหว่างร้อยละ 40-49</td></tr> <tr> <td>5 คะแนน</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50</td></tr> </tbody> </table>	ค่าคะแนน	ความหมาย/เกณฑ์การวัด	1 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 10-1	2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 20-29	3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 30-39	4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 40-49	5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50
ค่าคะแนน	ความหมาย/เกณฑ์การวัด												
1 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 10-1												
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 20-29												
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 30-39												
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 40-49												
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50												
วิธีการประเมินผล	-คำนวณข้อมูลจากแบบรายงาน Application Health For You (H4U) หรือสมุดสุขภาพประชาชน												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ว่าที่ร้อยตรีวิทยา สุขุมพันธ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ												
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผล	ว่าที่ร้อยตรีวิทยา สุขุมพันธ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ												



ยุทธศาสตร์ที่ 1	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ P&P Excellence
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการ1.3	โครงการพัฒนาศักยภาพระบบการดูแลผู้สูงอายุ
ชื่อตัวชี้วัดที่ 9	ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม (Care Plan)
คำนิยาม	1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว 2. องค์ประกอบของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็ง ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว ด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ ขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย -ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทุกราย รอบ 9 และ 12 เดือน -ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยทีมประเมินรับรอง จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี) องค์ประกอบที่ 2 ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมี ปัญหาด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan) องค์ประกอบที่ 3 มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่ - มีการดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ - มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาดและควบคุมโรค ในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล - มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณสุขโรค การจัดการ ขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น องค์ประกอบที่ 4 มี Care Manager/ทีมสหวิชาชีพ/หมอบริการ/ Caregiver/ อาสาสมัคร บริบาลท้องถิ่น/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุ ลงเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล องค์ประกอบที่ 5 มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรอบ 9 และ 12 เดือนดีขึ้นในลักษณะของการ เปลี่ยนจาก - กลุ่มติดเตียงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน - กลุ่มติดบ้านมาเป็นกลุ่มสังคม



องค์ประกอบที่ 6 มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประกอบด้วย - ข้อมูลการขึ้นทะเบียน CM /CG /และการจัดทำ Care Plan - ข้อมูลการประเมินตำบลตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบ ทั้งพื้นที่ใหม่/พื้นที่ที่ทำการ ประเมินและรับรองซ้ำ (RE–Accreditation) ภายใน ระยะเวลา 3 ปี											
เกณฑ์เป้าหมาย											
<table><tr><td>ผลงานปี 2565</td><td>ปีงบประมาณ 2566</td><td>ปีงบประมาณ 2567</td><td>ปีงบประมาณ 2568</td><td>ปีงบประมาณ 2569</td></tr><tr><td>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 100</td></tr></table>		ผลงานปี 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ผลงานปี 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569							
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100							
วัตถุประสงค์	เพื่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งของภาคี เครือข่ายในระดับตำบล /ชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดูแล และปรับเปลี่ยน พฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลตำบลบ้านด่านโขงเจียม และเขตตำบลโขงเจียม หมู่ 1,2,3,4,10 และหมู่ 11										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย 2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) 3. การรายงานผลการประเมินตำบลคุณภาพผ่านเกณฑ์ทั้งพื้นที่ใหม่/ พื้นที่ที่ทำการ ประเมินและรับรองซ้ำผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)										
แหล่งข้อมูล	- Blue Book Application กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักรงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข - ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข - DOH Dashboard กรมอนามัย										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกองทุน LTC ที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2566 B = จำนวนกองทุน LTC ทั้งหมดที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2566										
รายการข้อมูล 2	(A/B) x 100										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ประเมินแผนปฏิบัติ 1 ครั้ง และติดตามการดำเนินงานตามรอบการประเมิน รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 31 มีนาคม ของปีงบประมาณนั้น รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน ถึงวันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณนั้น										
ระยะเวลาการประเมินผล	ประเมินจากเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดำเนินการตามเกณฑ์ มีหลักฐานเป็นประจักษ์										
วิธีการประเมินผล	เกณฑ์การให้คะแนน Ranging (รอบที่ 1 และรอบที่ 2) รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 31 มีนาคม ของปีงบประมาณนั้น รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน ถึงวันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณนั้น 1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ ร้อยละ80 และมีข้อมูลผู้สูงอายุในการวางแผนการดูแล ที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลและการดูแลช่วยเหลือระยะยาว ร้อยละ 98										



	2. มีการสนับสนุนการดำเนินชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพกรมอนามัยอย่างน้อย ตำบลละ 1 ชมรม 3. มีบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ/ ทีมหมอครอบครัว ภาครัฐ เครือข่าย ท้องถิ่น และชุมชน อย่างมีส่วนร่วม <table><tr><th>ค่าคะแนน</th><th>ความหมาย/เกณฑ์การวัด</th></tr><tr><td>1 คะแนน</td><td>ดำเนินการได้ 1 ข้อ</td></tr><tr><td>2 คะแนน</td><td>ดำเนินการได้ 2 ข้อ</td></tr><tr><td>3 คะแนน</td><td>ดำเนินการได้ 3 ข้อ</td></tr><tr><td>4 คะแนน</td><td>ดำเนินการได้ 4 ข้อ</td></tr><tr><td>5 คะแนน</td><td>ดำเนินการได้ 5 ข้อ</td></tr></table>	ค่าคะแนน	ความหมาย/เกณฑ์การวัด	1 คะแนน	ดำเนินการได้ 1 ข้อ	2 คะแนน	ดำเนินการได้ 2 ข้อ	3 คะแนน	ดำเนินการได้ 3 ข้อ	4 คะแนน	ดำเนินการได้ 4 ข้อ	5 คะแนน	ดำเนินการได้ 5 ข้อ			
ค่าคะแนน	ความหมาย/เกณฑ์การวัด															
1 คะแนน	ดำเนินการได้ 1 ข้อ															
2 คะแนน	ดำเนินการได้ 2 ข้อ															
3 คะแนน	ดำเนินการได้ 3 ข้อ															
4 คะแนน	ดำเนินการได้ 4 ข้อ															
5 คะแนน	ดำเนินการได้ 5 ข้อ															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ว่าที่ร้อยตรีวิทยา สุขุมพันธ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ															
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผล	ว่าที่ร้อยตรีวิทยา สุขุมพันธ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ															
ยุทธศาสตร์ที่ 1	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)															
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)															
โครงการที่ 1.3	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย															
ข้อตัวชี้วัด 9	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะ geriatric syndrome ได้รับการดูแลต่อเนื่องในคลินิกผู้สูงอายุ															
ข้อตัวชี้วัด 10	ร้อยละผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ได้รับการส่งต่อเพื่อรักษา															
คำนิยาม	คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด) การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม จำนวนโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป มีทั้งหมด 211 โรงพยาบาล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 มีจำนวน 11,312,447 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)															
เกณฑ์เป้าหมาย :																
	<table><tr><th>รายการตัวชี้วัด</th><th>ปีงบประมาณ 2566</th><th>ปีงบประมาณ 2567</th><th>ปีงบประมาณ 2568</th><th>ปีงบประมาณ 2569</th></tr><tr><td>ภาวะสมองเสื่อม</td><td>≥ ร้อยละ 30</td><td>≥ ร้อยละ 40</td><td>≥ ร้อยละ 50</td><td>≥ ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้รับการส่งต่อเพื่อรักษา</td><td>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 100</td></tr></table>	รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ภาวะสมองเสื่อม	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50	ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้รับการส่งต่อเพื่อรักษา	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569												
ภาวะสมองเสื่อม	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50												
ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้รับการส่งต่อเพื่อรักษา	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100												
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาจากกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ 2. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ															



ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ				
แหล่งข้อมูล	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (http://agingthai.dms.moph.go.th)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 9	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = (A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2566:					
ปี 2567:	ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ปี 2568:	ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 27.5	≥ ร้อยละ 30
ปี 2569:	การได้รับการส่งต่อเพื่อรักษา	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
	ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 35	≥ ร้อยละ 37.5	≥ ร้อยละ 40
	การได้รับการส่งต่อเพื่อรักษา	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
	ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 47.5	≥ ร้อยละ 50
	การได้รับการส่งต่อเพื่อรักษา	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
	ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 47.5	≥ ร้อยละ 50
การได้รับการส่งต่อเพื่อรักษา	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	
วิธีการประเมินผล :	1. ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต				
เอกสารสนับสนุน :	1.แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) 2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ 3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญ ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก				



	4. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยายฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก website : http://agingthai.dms.moph.go.th 5. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ว่าที่ร้อยตรีวิทยา สุขุมพันธ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผล	ว่าที่ร้อยตรีวิทยา สุขุมพันธ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ
ยุทธศาสตร์ที่ 1	ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence)
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 1.4	โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพกลุ่มวัย อ.โขงเจียม
โครงการย่อยที่ 1.4.1	โครงการทันตกรรมป้องกันในหญิงตั้งครรภ์
โครงการย่อยที่ 1.4.2	โครงการทันตกรรมป้องกันโดยใช้ฟลูออไรด์วาร์นิชในคลินิกเด็กดี
โครงการย่อยที่ 1.4.3	โครงการส่งเสริมสุขทันตสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและเด็กอนุบาล
โครงการย่อยที่ 1.4.4	โครงการยิ้มใสเด็กไทยฟันดี
โครงการย่อยที่ 1.4.5	โครงการโรงเรียนปลอดฟันผุ
โครงการย่อยที่ 1.4.6	โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในสถานประกอบการ
โครงการย่อยที่ 1.4.7	โครงการโขงเจียมอุ่นใจห่างไกลมะเร็งช่องปาก
โครงการย่อยที่ 1.4.8	โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในผู้ที่มีภาวะฟันผุ
ชื่อตัวชี้วัดที่ 12	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพ 5 กลุ่ม ดังนี้ หญิงตั้งครรภ์ วัยเด็ก วัยทำงาน วัยผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง มีองค์ประกอบดังนี้ 1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุ 0-2 ปี - หญิงตั้งครรภ์ทุกคน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ชัดฟัน และชุดหินปูน ($\geq$ร้อยละ 80) - เด็กอายุ 0-2 ปีทุกคน ได้รับการตรวจฟัน และผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ ($\geq$ร้อยละ 80) 2. กลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี - เด็กอายุ 3-5 ปีทุกคน ได้รับการตรวจฟัน และบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน เช่น การทาฟลูออไรด์เฉพาะที่, การฝึกทักษะแปรงฟัน ($\geq$ร้อยละ 80) - มีการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และมีต้นแบบศูนย์พัฒนา เด็กเล็กด้านทันตสุขภาพ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง 3. กลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี - เด็กอายุ 4-12 ปีทุกคน ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์เจล หรือ ทาฟลูออไรด์วานิช ($\geq$ร้อยละ 80) - เด็กอายุ 6-12 ปีทุกคน ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ 6 และซี่ 7 ($\geq$ร้อยละ 30)



	- มีการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบด้านทันตสุขภาพ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง 4. กลุ่มวัยทำงาน - กลุ่มวัยทำงาน (สิทธิประกันสังคม) ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและให้บริการทันตกรรม (>ร้อยละ 50) - สถานประกอบการต้นแบบด้านทันตสุขภาพ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง 5. มีการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ - ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และบริการทันตกรรม (ส่งเสริมป้องกัน) (>ร้อยละ 80) - มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ด้านทันตสุขภาพ (1 รพ.สต. ที่มีทันตภิบาลประจำ : 1 ชมรม)										
เกณฑ์เป้าหมาย											
<table><tr><td>ผลงานปี2565</td><td>ปีงบประมาณ2566</td><td>ปีงบประมาณ2567</td><td>ปีงบประมาณ2568</td><td>ปีงบประมาณ2569</td></tr><tr><td>3.125</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr></table>	ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569	3.125	5	5	5	5	
ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569							
3.125	5	5	5	5							
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในเขตอำเภอโขงเจียม ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน รวมไปถึงได้รับการให้ทันตสุขภาพศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์ 2.เพื่อให้เด็กกลุ่มอายุ 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เคลือบฟลูออไรด์ และเพื่อให้ผู้ปกครองเด็กมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กเล็ก 3.เพื่อให้เด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เคลือบฟลูออไรด์ ฝึกทักษะการแปรงฟัน และมีอุปกรณ์ในการแปรงฟันทุกคน 4.เพื่อให้เด็กกลุ่มอายุ 4-12 ปีในเขตอำเภอโขงเจียมได้รับการเคลือบฟลูออไรด์เจล หรือ ทาฟลูออไรด์วานิช และเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ 5.เพื่อให้เด็กกลุ่มอายุ 6-12 ปีในเขตอำเภอโขงเจียมได้รับการเคลือบฟลูออไรด์เจล หรือ ทาฟลูออไรด์วานิช และเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ 6 และ ซี่ 7 6.เพื่อให้ประชาชนในกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการหรือส่วนราชการในเขตรับผิดชอบเข้าถึงบริการทันตกรรมและเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปาก 7.เพื่อให้ผู้สูงอายุในเขตอำเภอโขงเจียมได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก และคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งในช่องปาก 8.เพื่อให้ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ในเขตอำเภอโขงเจียม ได้รับการตรวจฟัน และวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกับ CG										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในเขตอำเภอโขงเจียม 2. เด็กอายุ 0-2 ปีในเขตอำเภอโขงเจียม 3. เด็กอายุ 3-5 ปีในเขตอำเภอโขงเจียม 4. เด็กอายุ 4-12 ปีในเขตอำเภอโขงเจียม 5. เด็กอายุ 6-12 ปีในเขตอำเภอโขงเจียม 6. ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน(สิทธิประกันสังคม) 7. ผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปีในเขตอำเภอโขงเจียม 8. ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ในเขตอำเภอโขงเจียม										



วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จากรายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี 2. จากรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข 3. จากรายงาน Cockpit เขตสุขภาพที่ 10 4. จากสรุปผลการดำเนินงาน 1 page 5. จากฟอร์มรายงานที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.กำหนด 6. จากการนิเทศงานผสมผสานและเฉพาะกิจ
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล1	A = หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ชัดฟัน และอุดฟัน
รายการข้อมูล2	B = หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ชัดฟัน และอุดฟัน ($\geq$ ร้อยละ 80)
รายการข้อมูล3	C = เด็กอายุ 0-2 ปี ในเขตอำเภอโขงเจียม ได้รับการตรวจฟัน ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ และผู้ปกครอง ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ
รายการข้อมูล4	D = เด็กอายุ 0-2 ปี ในเขตอำเภอโขงเจียม ได้รับการตรวจฟัน ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ และผู้ปกครอง ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ ($\geq$ ร้อยละ 80)
รายการข้อมูล5	E = เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการตรวจฟัน และบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน เช่น การทาฟลูออไรด์เฉพาะที่, การฝึกทักษะแปรงฟัน
รายการข้อมูล6	F= เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการตรวจฟัน และบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน เช่น การทาฟลูออไรด์เฉพาะที่, การฝึกทักษะแปรงฟัน ($\geq$ ร้อยละ 80)
รายการข้อมูล7	G= เด็กกลุ่มอายุ 4-12 ปีในเขตอำเภอโขงเจียมได้รับการเคลือบฟลูออไรด์เจล หรือ ทาฟลูออไรด์วานิช
รายการข้อมูล8	H= เด็กกลุ่มอายุ 4-12 ปีในเขตอำเภอโขงเจียมได้รับการเคลือบฟลูออไรด์เจล หรือ ทาฟลูออไรด์วานิช ($\geq$ ร้อยละ 80)
รายการข้อมูล9	I = เด็กกลุ่มอายุ 6-12 ปีในเขตอำเภอโขงเจียมได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ 6 และ ซี่ 7
รายการข้อมูล10	J= เด็กกลุ่มอายุ 6-12 ปีในเขตอำเภอโขงเจียมได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ 6 และ ซี่ 7 ($\geq$ ร้อยละ 30)
รายการข้อมูล11	K= กลุ่มวัยทำงาน (สิทธิประกันสังคม) ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและให้บริการทันตกรรม
รายการข้อมูล12	L= กลุ่มวัยทำงาน (สิทธิประกันสังคม) ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและให้บริการทันตกรรม ($\geq$ ร้อยละ 50)
รายการข้อมูล13	M= ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก และคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งในช่องปาก
รายการข้อมูล14	N= ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก และคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งในช่องปาก ($\geq$ ร้อยละ 80)
รายการข้อมูล15	O= ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ในเขตอำเภอโขงเจียม ได้รับการตรวจฟัน และวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกับ CG
รายการข้อมูล16	P= ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ในเขตอำเภอโขงเจียม ได้รับการตรวจฟัน และวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกับ CG ($\geq$ ร้อยละ 80)



สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	(A/B)*100
สูตรคำนวณตัวชี้วัด2	(C/D)*100
สูตรคำนวณตัวชี้วัด3	(E/F)*100
สูตรคำนวณตัวชี้วัด4	(G/H)*100
สูตรคำนวณตัวชี้วัด5	(I/J)*100
สูตรคำนวณตัวชี้วัด6	(K/L)*100
สูตรคำนวณตัวชี้วัด7	(M/N)*100
สูตรคำนวณตัวชี้วัด8	(O/P)*100
ระยะเวลาการประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ (รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม) ของปีงบประมาณนั้น (รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2565 - 31 สิงหาคม) ของปีงบประมาณนั้น
วิธีการประเมินผล	รอบที่ 1 (ประเมินระหว่าง 1 ตุลาคม – 31 มีนาคม) มีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้ หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ชัดฟัน และชุดหินปูน ($\geq$ ร้อยละ 80) รอบที่ 2 (ประเมินระหว่าง 1 เมษายน - 31 สิงหาคม) มีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้ หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ชัดฟัน และชุดหินปูน ($\geq$ ร้อยละ 80 และ คิดเป็น 0.5 คะแนน)
เอกสารสนับสนุน	1.สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมในแต่ละสิทธิ์แต่ละกลุ่มวัย 2.เกณฑ์การประเมินด้านทันตสุขภาพ ศพด. รร. สถานประกอบการ และชมรมผู้สูงอายุ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.ทพญ.ศุภิสรา นิลบรรจง ตำแหน่ง ทันตแพทย์ปฏิบัติการ กลุ่มงานทันตกรรม 2. นางสาวกิตติพร ปุ่งทอง ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานทันตกรรม
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผล	1.ทพญ.ศุภิสรา นิลบรรจง ตำแหน่ง ทันตแพทย์ปฏิบัติการ กลุ่มงานทันตกรรม 2. นางสาวกิตติพร ปุ่งทอง ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานทันตกรรม
ยุทธศาสตร์ที่ 1	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่ 1	ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย
โครงการที่ 1.5	โครงการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
ชื่อตัวชี้วัด 13	จำนวนชุมชนที่ได้รับการประชาคมและได้รับการแก้ปัญหาตามบริบท
คำนิยาม	ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับหมู่บ้าน ทั้งในเขตเมืองและชนบท การจัดการสุขภาพ หมายถึง การดำเนินการกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยกระบวนการ สร้างทีมแกนนำสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result) แกนนำสุขภาพ หมายถึง ผู้นำทางด้านสุขภาพในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยุวอาสาสมัครสาธารณสุข (ยุว อสม.) เป็นต้น



	เครือข่ายสุขภาพ หมายถึง ภาควิชาที่ร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน เช่น พชอ. อปท. โรงเรียน ชมรม หรือ เครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน หมายถึง หมู่บ้านทั้งหมด จำนวน 75,086 แห่ง เป้าหมายในการดำเนินงาน หมายถึง หมู่บ้านที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 56,315 แห่ง (ร้อยละ 75 จากฐานหมู่บ้านทั้งหมด 75,086 แห่ง)
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
2 ชุมชน	2 ชุมชน	2 ชุมชน	2 ชุมชน

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ชุมชนเป็นฐานในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หมู่บ้านที่มีการดำเนินการจัดการสุขภาพให้กับประชาชน จำนวน 75,086 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การรายงานผลการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2. การประเมินหมู่บ้านจากระบบ Health Gate
แหล่งข้อมูล	1.การประเมินชุมชนจัดการสุขภาพได้จากระบบการประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Health Gate (https://healthgate.gen-hed.com/report/village)
รายการข้อมูล 1	A = ชุมชนที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับพัฒนาขึ้นไป)
รายการข้อมูล 2	B = ชุมชนเป้าหมายทั้งหมด (75,086 แห่ง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

เกณฑ์การประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1. สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน
2. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน
3. มีการวางแผนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยประชาชนในชุมชนมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาตามบริบทของชุมชน
4. จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ฝึกทักษะสุขภาพที่จำเป็นและจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
5. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน
6. มีการประเมินผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีบุคคลต้นแบบ นวัตกรรมสุขภาพ
7. ถอดบทเรียน ขยายผลต่อยอดสู่ความยั่งยืน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี



ระดับการพัฒนา						
1. ระดับพัฒนา : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2. ระดับดี : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ 3. ระดับดีมาก : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน 4. ระดับดีเยี่ยม: มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี						
วิธีการประเมินผล :		ประเมินโดยใช้แบบประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ				
เอกสารสนับสนุน :		1. แนวทางการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2. แนวทางการประเมิน 3. ฐานข้อมูลจากระบบ Health Gate				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2563	2564	2565
		ร้อยละชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน (ระดับพัฒนาขึ้นไป)	ร้อยละ	ร้อยละ 2.7 (2,034 แห่ง)	ร้อยละ 24.64 (18,375 แห่ง)	ร้อยละ 30.34 (22,778 แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		นางสาวอาภาศิริ วงศรีแก้ว เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		นางสาวอาภาศิริ วงศรีแก้ว เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ				
ยุทธศาสตร์ที่ 1		ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนงานที่ 2		การป้องกันโรคและภัยสุขภาพ				
โครงการที่ 1.6		โครงการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี				
ชื่อตัวชี้วัดที่ 14		ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี				
คำนิยาม		เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีที่อาศัยอยู่ในอำเภอโขงเจียม การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้น ที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำและภัยพิบัติในเขตพื้นที่อำเภอโขงเจียม ผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) หมายถึง กลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำที่ ครอบคลุมทั้ง การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม เกิดจากการรวมตัวกันเป็น ทีมขึ้นของเครือข่ายภาครัฐ (สาธารณสุข ท้องถิ่น การศึกษา ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พัฒนาสังคมฯ ฯลฯ) ภาคเอกชน จิตอาสา หรือประชาชนทั่วไปเพื่อร่วมกันดำเนินการป้องกัน การจมน้ำใน 10 ในองค์ประกอบของผู้ก่อการดี(MERIT MAKER) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับทอง ระดับเงิน และระดับทองแดง โดยระดับทองแดงดำเนินงาน 8 องค์ประกอบ ส่วนระดับทองและระดับเงินจะต้องดำเนินงานทั้ง 10 องค์ประกอบ การสร้างทีมผู้ก่อการดี(MERIT MAKER) ระดับทองและระดับเงิน โดยร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน จิตอาสา หรือประชาชนทั่วไป เพื่อ ผลักดันให้เกิดทีม				



ผู้ก่อการดี(MERIT MAKER) ในระดับหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ				
เกณฑ์เป้าหมาย				
ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ความสำเร็จระดับ 5 (อัตราตาย ≤ 3 ต่อแสน ปชก.) (ไม่เกิน 10 คน)	ระดับ1 มีแผนงานโครงการการป้องกัน การจมน้ำ	ระดับ2 ผ่านเกณฑ์ ประเมินระดับ ทองแดง	ระดับ3 ผ่านเกณฑ์ ประเมินระดับเงิน	ระดับ4 ผ่านเกณฑ์ ประเมินระดับทองและไม่มีเด็กน้อยกว่า15ปี เสียชีวิต
ระดับ1 จัดทำแผน ทำโครงการป้องกันการจมน้ำ ระดับ2 ผ่านการประเมินผู้ก่อการดีระดับทองแดง ระดับ3 ผ่านการประเมินผู้ก่อการดีระดับเงิน ระดับ4ผ่านการประเมินผู้ก่อการดีระดับทองคำ ระดับ5ผ่านการประเมินผู้ก่อการดีระดับทองคำและอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุน้อยกว่า15ปี ≤3ต่อแสนปชก.				
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. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการป้องกันการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุ ต่ำกว่า 15 ปี ระดับอำเภอจากโรงพยาบาลทุกแห่ง			
แหล่งข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการตายจากรายงานการสอบสวนจากการจมน้ำ ระดับอำเภอ 2.ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม			
รายการข้อมูล1	A =จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ ของจังหวัดในปี 2564			
รายการข้อมูล2	B = จำนวนเด็กประชากรกลางปี ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาการประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)			
วิธีการประเมินผล	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 1. มีแผนงานโครงการในการดำเนินการป้องกันการจมน้ำ 2. ผ่านเกณฑ์การประเมินทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดง 3. ผ่านเกณฑ์การประเมินทีมผู้ก่อการดีระดับเงิน 4. ผ่านเกณฑ์การประเมินทีมผู้ก่อการดีระดับทอง 5. ผ่านเกณฑ์การประเมินทีมผู้ก่อการดีระดับทองและไม่พบเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จมน้ำเสียชีวิต			
เอกสารสนับสนุน	กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางนันทขุมล ส่องแสง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ 2.นางสาวรุ่งนภา แพงศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นางนันทขุมล ส่องแสง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ 2.นางสาวรุ่งนภา แพงศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ			



ยุทธศาสตร์ที่ 1	ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนงานที่ 2	การป้องกันโรคและภัยสุขภาพ				
โครงการที่1.7	พัฒนาระบบการดูแลป้องกันและควบคุมวัณโรคเชิงรุกอำเภอโขงเจียม				
ข้อตัวชี้วัด15	ระดับความสำเร็จการรักษา/ควบคุม/ป้องกันวัณโรค				
ข้อตัวชี้วัด16	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่				
คำนิยาม	ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรค ทางห้องปฏิบัติการ ยืนยันเมื่อเริ่มการรักษาและต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ อย่างน้อย หนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้าย ของการรักษา 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดย ไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลวซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสาร ที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษาทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะ อย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษายเป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 81	ร้อยละ 82	ร้อยละ 83	ร้อยละ 84
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจ วินิจฉัยป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ 2.เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัยป้องกัน ดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่คือผู้ป่วย วัณโรคปอด รายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่1 ของปีงบประมาณ ที่เป็นผู้ป่วยไทยและผู้ป่วยไม่ใช่ไทย ที่รักษาในโรงพยาบาลโขงเจียม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย วัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)				
รายการข้อมูล1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนใน ไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ (เดือนตุลาคม-ธันวาคม) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน หมายถึง* ในการประเมินรอบที่ 1 (ผลการรักษาหาย+รักษาครบ+กำลังรักษา) **ในการประเมินรอบที่ 2 (ผลการรักษาหาย+รักษาครบ)				
รายการข้อมูล2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่1 ของปีงบประมาณ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	(A/B) × 100 เงื่อนไขการคำนวณ 1.การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคไม่นับรวม 1.1 ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ (ตั้งแต่ตุลาคม-				



	ธันวาคม ย้อนหลังไป 1 ปีงบประมาณ) 1.2 ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของ ปีงบประมาณ (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม ย้อนหลังไป 1 ปีงบประมาณ) 2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือพบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับ รวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณ อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค 3. พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรคคือทุกหมู่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอโขงเจียม				
ระยะเวลาการประเมินผล	ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการทุกไตรมาส รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม – 31 มีนาคม) รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 31 สิงหาคม) ของปีงบประมาณก่อนหน้า				
วิธีการประเมินผล	ประมวลผลจากโปรแกรม NTIP				
เอกสารสนับสนุน	1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. ทะเบียน Registerหรือแบบฟอร์ม TB08 3.โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 2. นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 2. นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ				
ยุทธศาสตร์ที่1	ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนงานที่2	การป้องกันโรคและภัยสุขภาพ				
โครงการที่1.7	พัฒนาระบบการดูแลป้องกันและควบคุมวัณโรคเชิงรุกอำเภอโขงเจียม				
ชื่อตัวชี้วัดที่17	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ				
คำนิยาม	การประเมินอัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage rate) คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในแต่ละปีงบประมาณ (1 ตุลาคม –30 กันยายน) ที่เป็นผู้ป่วยไทยและผู้ป่วยไม่ใช่ไทย ที่รักษาในโรงพยาบาลโขงเจียม				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 81	ร้อยละ 82	ร้อยละ 83	ร้อยละ 84



วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจ วินิจฉัยป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาคืบ 2.เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัยป้องกัน ดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อวัณโรคและ ผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	การประเมินอัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage rate) คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในปีงบประมาณที่ ประเมิน (1 ตุลาคม-30 กันยายน)ที่เป็นผู้ป่วยไทยและผู้ป่วยไม่ใช่ไทย ที่รักษาในโรงพยาบาลโขง เจียม
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย วัณโรค ระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
รายการข้อมูล1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้น ทะเบียนในปีงบประมาณที่ประเมิน (1 ตุลาคม – 30 กันยายน)
รายการข้อมูล2	B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณที่ประเมิน (1 ตุลาคม – 30 กันยายน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม – 31 มีนาคม) รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน – 31 สิงหาคม)
วิธีการประเมินผล	โปรแกรม NTIP ตรวจสอบเชิงปริมาณ
เอกสารสนับสนุน	1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. ทะเบียน Registerหรือแบบฟอร์ม TB08 3.โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 2. นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผล	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 2. นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ
ยุทธศาสตร์ที่1	ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนงานที่2	การป้องกันโรคและภัยสุขภาพ
โครงการที่1.7	พัฒนาระบบการดูแลป้องกันและควบคุมวัณโรคเชิงรุกอำเภอโขงเจียม
ชื่อตัวชี้วัดที่18	อัตราการขาดการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่



คำนิยาม	การประเมินอัตราการขาดการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วย วัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณที่ประเมิน (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ย้อนหลังไป 1 ปีงบประมาณ) ที่เป็นผู้ป่วยไทยและผู้ป่วยไม่ใช่ไทย ที่รักษาในโรงพยาบาลโขงเจียม การขาดการรักษา หมายถึง จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดการรักษาติดต่อกัน นานเกิน 2 เดือน				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	น้อยกว่า ร้อยละ 10	น้อยกว่า ร้อยละ 9	น้อยกว่า ร้อยละ 8	น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 6
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจ วินิจฉัยป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ 2.เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัยป้องกัน ดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณที่ประเมิน (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ย้อนหลังไป 1 ปีงบประมาณ) ที่เป็นผู้ป่วยไทยและผู้ป่วยไม่ใช่ไทย ที่รักษาในโรงพยาบาลโขงเจียม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย วัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)				
รายการข้อมูล1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณที่ประเมิน (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ย้อนหลังไป 1 ปีงบประมาณ) ที่ขาดการรักษาติดต่อกันนานเกิน 2 เดือน โดยครบรอบรายงานผลการรักษา วันที่ 30 กันยายน ของปีงบประมาณที่ประเมิน				
รายการข้อมูล2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณที่ประเมิน (เดือน ตุลาคม – ธันวาคม ย้อนหลังไป 1 ปีงบประมาณ)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	(A/B) x 100 เงื่อนไขการคำนวณ 1. การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคไม่นับรวม 1.1 ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณที่ประเมิน (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม ย้อนหลังไป 1 ปีงบประมาณ) 1.2 ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณที่ประเมิน (ตั้งแต่ ตุลาคม-ธันวาคม ย้อนหลังไป 1 ปีงบประมาณ) 2.กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือพบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมาคำนวณอยู่ใน ตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณ อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค				



	3.พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรคคือ 5 ตำบล ที่พบผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ที่ยื่นทะเบียนในไตรมาสที่1 ของปีงบประมาณ ที่เป็นผู้ป่วยไทยและผู้ป่วยไม่ใช่ไทย ที่รักษาในโรงพยาบาลโขงเจียม
ระยะเวลาการประเมินผล	รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม – 31 มีนาคม) รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน – 31 สิงหาคม)
วิธีการประเมินผล	ประมวลผลจากโปรแกรม NTIP
เอกสารสนับสนุน	1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. ทะเบียน Registerหรือแบบฟอร์ม TB08 3.โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 2. นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 2. นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ
ยุทธศาสตร์ที่1	ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนงานที่2	การป้องกันโรคและภัยสุขภาพ
โครงการที่1.7	พัฒนาระบบการดูแลป้องกันและควบคุมวัณโรคเชิงรุกอำเภอโขงเจียม
ชื่อตัวชี้วัด19	อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก
คำนิยาม	การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง หมายถึง กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มีโอกาสได้รับเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้ ได้แก่ 1.กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค/วัณโรคติดต่อหลายขนาน หมายถึง (1) ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งสัมผัสพบเชื้อและสัมผัสไม่พบเชื้อ (2) ผู้สัมผัสโรคร่วมที่ทำงาน ระยะเวลาติดต่อกัน 8 ชั่วโมง/วัน หรือ 120 ชม./1ด. 2. กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ทุกราย ที่มารับ บริการในหน่วยบริการ กลุ่มผู้ต้องขัง 3. กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ หมายถึง ผู้ต้องขังที่ได้รับการตัดสินต้องโทษทุกราย ในเรือนจำกลาง อุบลราชธานี 4.กลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยทุกระดับ (กรณีหน่วยงาน ตรวจสอบสุขภาพช่วง ไตรมาส 4 ก่อนปีงบประมาณที่ประเมิน สามารถนำมาบันทึกผลการตรวจ CXR ใน ปีที่ประเมินได้) 5.กลุ่มผู้สูงอายุ ≥ 65 ปีขึ้นไป หมายถึง (1) ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม โรคเบาหวาน $HbA1c < 7$ (2) ค่าไต $GFR \geq 30$ (เป้าหมายไม่ซ้ำกับกลุ่มเสี่ยง DM NCD) 6. กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง (1) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า $HbA1c \geq 8$ (ผลการตรวจ ปี2564) (2) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า $FBS > 140$ mg/dLกรณี ไม่ได้ตรวจ $HbA1c$ ปีงบประมาณ 2564 7. กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง หมายถึง (1) ผู้ป่วยโรคไต (CKD) Stage 4, Stage 5 หรือค่าการทำงานของไต



	(GFR)< 30 (2) ผู้ป่วยโรคหอบดลมอดกั้นเรื้อรัง (COPD) และ โรคหัวใจ ที่กำลังรักษา 8. กลุ่มผู้ป่วยต่างด้าว/ไร้สิทธิ หมายถึง แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนข้อ บัตรประกันสุขภาพ 9.หมู่บ้านเสี่ยงสูงที่พบผู้ป่วยวัณโรคปอดในรอบ 1 ปีก่อนปีที่ประเมิน ≥ 2 รายขึ้นไป หรือหมู่บ้าน ี ผู้ป่วยวัณโรคคื้อยา ในพื้นที่ 5 ปีย้อนหลัง				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	ร้อยละ 86	ร้อยละ 87	ร้อยละ 88	ร้อยละ 89	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจ วินิจฉัยป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ 2.เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัยป้องกัน ดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อวัณโรคและ ผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	การประเมินการอัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธี ถ่ายภาพรังสี ทรวงอกกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ทั้ง 8 กลุ่มเป้าหมาย ที่มีฐานข้อมูลของหน่วยบริการในอำเภอโขงเจียม โดย ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน ก่อนปีงบประมาณที่ทำการประเมิน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย วัณโรค ระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)				
รายการข้อมูล1	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองวัณโรคโดยการ CXR				
รายการข้อมูล2	B = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงของแต่ละกลุ่ม ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน ก่อนปีงบประมาณที่ทำการประเมิน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	(A/B) × 100				
ระยะเวลาการประเมินผล	รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม – 31 มีนาคม) รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน – 31 สิงหาคม)				
วิธีการประเมินผล	ประมวลผลจากโปรแกรม NTIP				
เอกสารสนับสนุน	1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. ทะเบียน Registerหรือแบบฟอร์ม TB08 3.โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 2. นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ				
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผล	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 2. นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ				



ยุทธศาสตร์ที่1	ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนงานที่2	การป้องกันโรคและภัยสุขภาพ				
โครงการที่1.7	พัฒนาระบบการดูแลป้องกันและควบคุมวัณโรคเชิงรุกอำเภอโขงเจียม				
ชื่อตัวชี้วัดที่20	อัตราการรักษาวัณโรคในสูตรพื้นฐานเกินระยะเวลาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่				
ชื่อตัวชี้วัดที่21	ระดับความสำเร็จการรักษา/ควบคุม/ป้องกันโรคติดต่อ				
คำนิยาม	การรักษาวัณโรคในสูตรพื้นฐานเกินระยะเวลาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง การรักษาวัณโรคในสูตรพื้นฐาน ระยะเวลาในการรักษา 6-9 เดือน (เริ่มนับจากวันที่เริ่มรับการรักษา กำหนดการรักษาสูตรพื้นฐาน 6 เดือน อีก 3 เดือนในกรณีมีอาการข้างเคียงกับการใช้ยา)หน่วยงานที่ดำเนินการประกอบด้วยโรงพยาบาลทุกแห่งในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	น้อยกว่า ร้อยละ9	น้อยกว่า ร้อยละ8	น้อยกว่า ร้อยละ7	น้อยกว่า ร้อยละ6	น้อยกว่า ร้อยละ5
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจ วินิจฉัยป้องกันดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาคืบ 2.เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัยป้องกัน ดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อัตราการรักษาวัณโรคในสูตรพื้นฐานเกินระยะเวลาของผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ คือผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณที่ประเมิน (เดือนตุลาคม –ธันวาคม) ที่เป็นที่เป็นผู้ป่วยไทยและผู้ป่วยไม่ใช่ไทย ที่รักษาในโรงพยาบาลโขงเจียม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย วัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)				
รายการข้อมูล1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่1 ของปีงบประมาณที่ประเมิน (เดือนตุลาคม–ธันวาคม) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาคืบ (Completed) หรือกำลังรักษาที่มีระยะเวลา มากกว่า 9 เดือน หรือ 270 วัน หมายเหตุ* ในการประเมินรอบที่ 1 (จากการประมาณการณ์การรักษาตามระยะเวลา) **ในการประเมินรอบที่ 2 (ผลการรักษาที่มากกว่า 9 เดือนหรือ 270วัน)				
รายการข้อมูล2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่1 ของปีงบประมาณที่ประเมิน (เดือนตุลาคม –ธันวาคม)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	(A/B) × 100 เงื่อนไขการคำนวณ				



	1.การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคไม่นับรวม 1.1 ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่1 ของปีงบประมาณที่ประเมิน (ตั้งแต่ ตุลาคม-ธันวาคม) 1.2 ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่1 ของ ปีงบประมาณที่ประเมิน (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม) 2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือพบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับ รวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค 3. พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรคคือ 5 ตำบล ที่พบผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่1 ของปีงบประมาณ ที่เป็นผู้ป่วยไทยและผู้ป่วยไม่ใช่ไทย ที่รักษาในโรงพยาบาลโขงเจียม
ระยะเวลาการประเมินผล	รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม – 31 มีนาคม) ปีงบประมาณนั้น รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน – 31 สิงหาคม) ปีงบประมาณนั้น
วิธีการประเมินผล	ประมวลผลจากโปรแกรม NTIP
เอกสารสนับสนุน	1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. ทะเบียน Registerหรือแบบฟอร์ม TB08 3.โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมนุรักษ์และองค์กรรวม 2. นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมนุรักษ์
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมนุรักษ์และองค์กรรวม 2. นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมนุรักษ์
ยุทธศาสตร์ที่1	ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนงานที่2	การป้องกันโรคและภัยสุขภาพ
โครงการที่1.8	โครงการพัฒนาเฝ้าระวังตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการควบคุมโรคติดต่อ
ชื่อตัวชี้วัดที่22	มาตรฐานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาสำหรับหน่วยงาน (การรายงาน 506)
คำนิยาม	การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 1. คุณภาพของการส่งรายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวัง (รง.506) 1.1. จำนวนผู้ป่วยรายสัปดาห์ จำแนกตามสัปดาห์ที่มารับรักษา ปีงบประมาณที่ประเมิน (วันที่ 1 ตุลาคม – 30 กันยายน) 1.2. ความสม่ำเสมอในการส่งรายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวัง (รง.506) จาก รพ.สต.ทุกแห่ง ถึงศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอโขงเจียม กำหนดให้ส่งสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (วันจันทร์ วันพุธ และ วันศุกร์) 1.3. ความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานกำหนดให้



	- โรงพยาบาลศูนย์ส่งรายงานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวนผู้ป่วยที่รายงาน ในแต่ละสัปดาห์ไม่ต่ำกว่า 50 ราย - โรงพยาบาลทั่วไปส่งรายงานสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนผู้ป่วยที่รายงาน ในแต่ละสัปดาห์ไม่ต่ำกว่า 30 ราย - โรงพยาบาลชุมชนส่งรายงานสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนผู้ป่วยที่รายงาน ในแต่ละสัปดาห์ไม่ต่ำกว่า 5 ราย - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งรายงานสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวนผู้ป่วยที่รายงานในแต่ละสัปดาห์ไม่ต่ำกว่า 3 ราย (สามารถรายงานเป็น ZERO REPORT ได้ติดกันไม่เกิน 2 สัปดาห์) เงื่อนไขความสำเร็จ 1. ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอรวบรวมข้อมูลและส่งตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรครายเดือนทั้งระดับตำบล อำเภอ ตามหลักระบาดวิทยา จัดทำ Epidemic curve และ Spot map รายหมู่บ้าน เสนอผู้บริหารทุกเดือน				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อและสร้างระบบให้มีความยั่งยืน มีคุณภาพ สามารถตอบโต้สถานการณ์ได้อย่างทันทั่วถึง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ข้อมูลหมู่บ้านและชุมชน ตามทะเบียนราษฎร์ จำแนกราย รพ.สต.				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากรายงาน 506 จากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน				
แหล่งข้อมูล	1. ทะเบียนผู้ป่วยไข้เลือดออกจากโรงพยาบาลโขงเจียม 2. รายงาน 506 จากศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอโขงเจียม 3. หลักฐานอย่างอื่นที่เกี่ยวข้อง				
รายการข้อมูล1	ร้อยละของความสม่ำเสมอการส่ง รง. 506 มายังศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอโขงเจียม = $\frac{\text{จำนวนสัปดาห์ที่ส่งทั้งหมด} \times 100}{\text{จำนวนสัปดาห์ในรอบเดือน}}$ หมายเหตุ : กรณีที่ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งรายสัปดาห์มากกว่า 1				
รายการข้อมูล2	ร้อยละของความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงาน รง. 506 มายังศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ (ร้อยละ รพ.สต.) = $\frac{\text{จำนวน รพ.สต. ที่ส่งรายงาน} \times 100}{\text{จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด (ในอำเภอ)}}$				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	$\frac{(\text{จำนวนสัปดาห์ทั้งหมดที่ตรวจสอบ} \times \text{จำนวน รพ.สต.}) - \text{จำนวนสัปดาห์ที่พบรายงานต่ำกว่าเกณฑ์}}{\text{จำนวนสัปดาห์ทั้งหมดที่ตรวจสอบ} \times \text{จำนวน รพ.สต.}} \times 100$				
ระยะเวลาการประเมินผล	คะแนน Ranking รอบที่ 1 ข้อมูลวันที่ 1 ตุลาคม – 31 มีนาคม รอบที่ 2 ข้อมูลวันที่ 1 เมษายน – 30 กันยายน				



วิธีการประเมินผล	ประมวลผลจากโปรแกรม รายงาน 506			
เอกสารสนับสนุน	1.คู่มือการใช้งานโปรแกรม รายงาน 506 2.ทะเบียนคุมการส่งรายงาน 506 ประจำปีสัปดาห์			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 2. นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 2. นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ			
ยุทธศาสตร์ที่1	ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนงานที่2	การป้องกันโรคและภัยสุขภาพ			
โครงการที่1.8	โครงการพัฒนาเฝ้าระวังตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการควบคุมโรคติดต่อ			
ชื่อตัวชี้วัดที่23	ร้อยละของเหตุการณ์การระบาดผู้ป่วยCOVID-19ที่สามารถควบคุมโรคให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน			
คำนิยาม	1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก 2. อำเภอสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 - 28 วัน หมายถึง ณ วันที่มีรายงานพบผู้ป่วยได้รับการยืนยันเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกของเหตุการณ์ (Event) เมื่อติดตามสถานการณ์ไป 28 วันแล้ว หลังจากนั้นไม่พบผู้ป่วยยืนยันใหม่เกิดขึ้น หมายเหตุ : อำเภอสามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกเหตุการณ์ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน โดยดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (House Model) ประเด็น เพิ่มศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคโควิด 19			
เกณฑ์เป้าหมาย				
ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ร้อยละ100	ร้อยละ100	ร้อยละ100	ร้อยละ100	ร้อยละ100
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ รพ.สต. มีความพร้อมรับมือการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทะเบียนราษฎรของ อำเภอโขงเจียม			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอโขงเจียม งานระบาดวิทยา สสจ.อุบลราชธานี และกรมควบคุมโรค : กองระบาดวิทยาจำนวน รพ.สต.ที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจำนวน รพ.สต.ที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบ ได้ภายใน 21 - 28 วัน (ฐานข้อมูล DDC COVID-19 กรมควบคุมโรค ทะเบียน ผู้ป่วยโควิด จ.อุบลราชธานี และทะเบียน ผู้ป่วยโควิด อ.โขงเจียม) ประมวลผลตามรอบการประเมิน รอบที่ 1 (1 ตุลาคม – 31 มีนาคม) รอบที่ 2 (1 เมษายน – 31 สิงหาคม)			



แหล่งข้อมูล	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอโขงเจียม งานระบาดวิทยา สสจ.อุบลราชธานี และกรมควบคุมโรค : กองระบาดวิทยา ใช้แหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยโควิด อ.โขงเจียม /ทะเบียนผู้ป่วยโควิด จ.อุบลราชธานี และข้อมูลจาก DDC COVID-19 กรมควบคุมโรค
รายการข้อมูล1	A = จำนวนเหตุการณ์ ที่สามารถควบคุมจำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ ภายใน 21-28 วัน (หน่วยนับ Event)
รายการข้อมูล2	B = จำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับแจ้งทั้งหมด (หน่วยนับ Event)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	ร้อยละจำนวนเหตุการณ์ที่ได้รับการควบคุมโรคให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน $= (A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ไตรมาสที่ 1 – 4
วิธีการประเมินผล	ตรวจสอบจำนวน รพ.สต. ที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจำนวน รพ.สต.ที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ ภายใน 21-28 วัน จากฐานข้อมูล DDC COVID-19 กรมควบคุมโรค/ ทะเบียนผู้ป่วย สสจ.อุบลราชธานี / ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอโขงเจียม หมายเหตุ : รพ.สต. ไม่พบเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ถือว่าสามารถดำเนินการตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคได้ดี ทำให้ไม่เกิดเหตุการณ์การระบาดภายใน รพ.สต.
เอกสารสนับสนุน	1.คู่มือแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค COVID-19 2.โปรแกรม MIS 3.โปรแกรม API
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 2. นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 2. นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ
ยุทธศาสตร์ที่1	ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนงานที่2	การป้องกันโรคและภัยสุขภาพ
โครงการที่1.8	โครงการพัฒนาเฝ้าระวังตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการควบคุมโรคติดต่อ
ชื่อตัวชี้วัด24	ร้อยละของเหตุการณ์การระบาดผู้ป่วยไข้เลือดออกที่สามารถควบคุมโรคให้สงบได้ภายใน21-28 วัน
คำนิยาม	โรคไข้เลือดออก หมายถึง การติดเชื้อไวรัสเด็งกี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โดยดูจากอาการแสดง ผลการทำ Tourniquet Test และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เข้าได้ตามนิยามของโรค 2. อำเภอสามารถควบคุมสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ให้สงบได้ ภายใน 21 - 28 วัน หมายถึง ณ วันที่มีรายงานพบผู้ป่วยได้รับการยืนยันเป็นผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก รายแรกของเหตุการณ์ (Event) เมื่อติดตามสถานการณ์ไป 28 วันแล้ว หลังจากนั้นไม่พบผู้ป่วยยืนยันรายใหม่เกิดขึ้น หมายเหตุ : อำเภอสามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคไข้เลือดออก ทุกเหตุการณ์ให้สงบ



	ได้ภายใน 21 – 28 วัน				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	ร้อยละ90	ร้อยละ90	ร้อยละ90	ร้อยละ90	ร้อยละ90
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ รพ.สต. มีความพร้อมรับมือการระบาดของโรคไข้เลือดออก				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทะเบียนราษฎรของ อำเภอโขงเจียม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอโขงเจียม งานระบาดวิทยา สสจ.อุบลราชธานี และกรมควบคุมโรค : กองระบาดวิทยา จำนวนอำเภอที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคไข้เลือดออก และจำนวนอำเภอที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคไข้เลือดออก ให้สงบ ได้ภายใน 21 - 28 วัน (ฐานข้อมูล ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอโขงเจียม) ประมวลผลตามรอบการประเมิน รอบที่ 1 (1 ตุลาคม – 31 มีนาคม) รอบที่ 2 (1 เมษายน – 30 กันยายน)				
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอโขงเจียม งานระบาดวิทยา สสจ.อุบลราชธานี และกรมควบคุมโรค : กองระบาดวิทยา ใช้แหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยไข้เลือดออก จ.อุบลราชธานี และข้อมูลจาก DDC ไข้เลือดออก กรมควบคุมโรค				
รายการข้อมูล1	A = จำนวนเหตุการณ์ ที่สามารถควบคุมจำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคไข้เลือดออก ให้สงบ ได้ ภายใน 21-28 วัน (หน่วยนับ Event)				
รายการข้อมูล2	B = จำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคไข้เลือดออก ที่ได้รับแจ้งทั้งหมด (หน่วยนับ Event)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	ร้อยละจำนวนเหตุการณ์ที่ได้รับการควบคุมโรคให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน $= (A/B) \times 100$				
ระยะเวลาการประเมินผล	ไตรมาสที่ 1 – 4				
วิธีการประเมินผล	ตรวจสอบจำนวนอำเภอที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคไข้เลือดออก และจำนวนจังหวัดสามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคไข้เลือดออก ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน จากฐานข้อมูล DDC ไข้เลือดออก กรมควบคุมโรค/ ทะเบียนผู้ป่วย สสจ.อุบลราชธานี /ทะเบียนผู้ป่วย ศูนย์ระบาดวิทยา อำเภอโขงเจียม หมายเหตุ : รพ.สต. ไม่พบเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคไข้เลือดออก ให้ถือว่าสามารถดำเนินการตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคได้ดี ทำให้ไม่เกิดเหตุการณ์การระบาดภายใน รพ.สต.				
เอกสารสนับสนุน	1.คู่มือแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 2.โปรแกรมรายงาน 506 3.ทะเบียนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกอำเภอโขงเจียม				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 2. นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ				



ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผล	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 2. นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ													
ยุทธศาสตร์ที่ 1	ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)													
แผนงานที่ 2	การป้องกันโรคและภัยสุขภาพ													
โครงการที่1.9	โครงการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและรณรงค์การป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อ.โขงเจียม													
ชื่อตัวชี้วัดที่25	ระดับความสำเร็จการรักษา/ควบคุม/ป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์													
ชื่อตัวชี้วัดที่26	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ไม่เกิน ร้อยละ 10 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด													
คำนิยาม	1.เอชไอวีซึ่งย่อมาจากคำว่า human immunodeficiency virus เป็นเชื้อไวรัส เมื่อร่างกายติดเชื้อ เอชไอวี เชื้อเอชไอวีจะโจมตีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง จนไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายได้ จนในที่สุดเชื้อไวรัสจะโจมตีร่างกายทั้งหมด 2.ผู้ติดเชื้อรายใหม่คือผู้ที่มีผลการตรวจเลือด Positive และยังไม่เคยขึ้นทะเบียนรับการรักษาด้วยไวรัสมาก่อน													
เกณฑ์เป้าหมาย														
<table><tr><td>ผลงานปี2565</td><td>ปีงบประมาณ2566</td><td>ปีงบประมาณ2567</td><td>ปีงบประมาณ2568</td><td>ปีงบประมาณ2569</td></tr><tr><td>ไม่เกินร้อยละ 10</td><td>ไม่เกินร้อยละ 10</td><td>ไม่เกินร้อยละ 10</td><td>ไม่เกินร้อยละ 10</td><td>ไม่เกินร้อยละ 10</td></tr></table>					ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10
ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569										
ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10										
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ประชากรทุกกลุ่มรู้เท่าทันรอบด้าน สามารถประเมินความเสี่ยง มีพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี 2.เพื่อให้การป้องกันเอชไอวี มีคุณภาพ และบูรณาการในระบบที่เกี่ยวข้องอย่างยั่งยืน													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทะเบียนราษฎรของ อำเภอโขงเจียม													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ บันทึกข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีผ่านโปรแกรม Nap และทะเบียนผู้ติดเชื้อคลินิกรับยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลโขงเจียม เก็บข้อมูลจากจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ทำกรขึ้นทะเบียนรักษาประมวลผลตามรอบการประเมิน รอบที่ 1 (1 ตุลาคม – 31 มีนาคม) ปีงบประมาณนั้น รอบที่ 2 (1 เมษายน – 30 กันยายน) ปีงบประมาณนั้น													
แหล่งข้อมูล	คลินิกรับยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลโขงเจียม													
รายการข้อมูล1	A = จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลโขงเจียม													
รายการข้อมูล2	B = จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลโขงเจียมทั้งหมด													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	(A/B) × 100 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลโขงเจียม × 100 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลโขงเจียมทั้งหมด													
ระยะเวลาการประเมินผล	ไตรมาสที่ 1 – 4													
วิธีการประเมินผล	ประมวลผลจากโปรแกรม ระบบบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (NAP Web Reports)													



เอกสารสนับสนุน	1.แนวทางการดำเนินงานโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2. ทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3.โปรแกรม ระบบบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (NAP Web Reports)										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 2. นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ										
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 2. นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ										
ยุทธศาสตร์ที่1	ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)										
แผนงานที่2	การป้องกันโรคและภัยสุขภาพ										
โครงการที่1.9	โครงการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและรณรงค์การป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อ.โขงเจียม										
ชื่อตัวชี้วัดที่27	จำนวนผู้เสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมดไม่เกินร้อยละ 10										
คำนิยาม	1.เอชไอวีซึ่งย่อมาจากคำว่า human immunodeficiency virus เป็นเชื้อไวรัส เมื่อร่างกายติดเชื้อเอชไอวี เชื้อเอชไอวีจะโจมตีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลงจนไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายได้ จนในที่สุดเชื้อไวรัสจะโจมตีร่างกายทั้งหมด 2.ผู้ติดเชื้อรายใหม่คือผู้ที่มีผลการตรวจเลือด Positive และยังไม่เคยขึ้นทะเบียนรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาก่อน 3.ผู้เสียชีวิตคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาแล้วต่อมาเกิดการเสียชีวิตในระหว่างการรักษา										
เกณฑ์เป้าหมาย											
<table><tr><td>ผลงานปี2565</td><td>ปีงบประมาณ2566</td><td>ปีงบประมาณ2567</td><td>ปีงบประมาณ2568</td><td>ปีงบประมาณ2569</td></tr><tr><td>ไม่เกินร้อยละ 10</td><td>ไม่เกินร้อยละ 10</td><td>ไม่เกินร้อยละ 10</td><td>ไม่เกินร้อยละ 10</td><td>ไม่เกินร้อยละ 10</td></tr></table>		ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10
ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569							
ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10							
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัย ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และกวดควบคุมไวรัสสำเร็จตลอดจนการรักษาโรคร่วม โรคแทรกซ้อน และผลกระทบจากการรักษา ตั้งแต่เริ่มต้นและระยะยาวอย่างมีคุณภาพ ครอบคลุม สะดวกและต่อเนื่อง										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทะเบียนราษฎรของ อำเภอโขงเจียม										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ บันทึกข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีผ่านโปรแกรม Nap และทะเบียนผู้ติดเชื้อคลินิกรับยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลโขงเจียม เก็บข้อมูลจากจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ทำกรขึ้นทะเบียนรักษาประมวลผลตามรอบการประเมิน รอบที่ 1 (1 ตุลาคม – 31 มีนาคม)ปีงบประมาณนั้น รอบที่ 2 (1 เมษายน – 30 กันยายน)ปีงบประมาณนั้น										
แหล่งข้อมูล	คลินิกรับยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลโขงเจียม										
รายการข้อมูล1	A = จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลโขงเจียม										



รายการข้อมูล2	B = จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลโขงเจียมทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	$(A/B) \times 100$ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลโขงเจียม $\times 100$ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลโขงเจียมทั้งหมด
ระยะเวลาการประเมินผล	ไตรมาสที่ 1 – 4
วิธีการประเมินผล	ประมวลผลจากโปรแกรม ระบบบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (NAP Web Reports)
เอกสารสนับสนุน	1.แนวทางการดำเนินงานโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2. ทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3.โปรแกรม ระบบบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (NAP Web Reports)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	นายบุญไทย สีหิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ
ยุทธศาสตร์ที่1	ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนงานที่3	การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่1.10	โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเริมระดับและท่อน้ำดี
ชื่อตัวชี้วัดที่ 28	ร้อยละกลุ่มเสี่ยงเริมระดับและท่อน้ำดีได้รับการการอัลตราซาวด์
คำนิยาม	การคัดกรองเริมระดับและท่อน้ำดี เป็นการคัดกรองด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์ กลุ่มเสี่ยง เพื่อหาความผิดปกติของตับและท่อน้ำดี



ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไปที่ ในเขตพื้นที่ตำบลโขงเจียม - มีประวัติการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ (OV+) - กลุ่ม Chronic Dyspepsia กลุ่มอาการปวดท้องช่วงบน ท้องอืด จุกเสียดแน่นท้อง จุกลิ้นปี่ รู้สึกอึดอัด ไม่สบายตัว หรือมีอาการแสบร้อนกลางทรวงอก หลังรับประทานอาหาร เป็นเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป - กลุ่มเสี่ยง ที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ในปีที่ผ่านมา ผลการตรวจ PPF3, Liver mass และ Dilated Duct - ไม่เป็นผู้ป่วยกลุ่มพิษสุราเรื้อรัง หรือ ตับแข็ง												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บข้อมูลและบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาลโขงเจียม(HI) และส่งออกรายงานไปยังโปรแกรม R506 เพื่อรายงานต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีต่อไป 2. หากพบความผิดปกติ ได้แก่ Liver mass หรือ Dilate Duct ให้ส่งต่อ รพ.แม่ข่าย เพื่อรับการวินิจฉัยและรักษา												
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลประชากร แฟ้ม Person Type area 1,3 2. จากแบบสรุปผลการตรวจ รายงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือ สสจ. ต่อไป												
รายการข้อมูล1	A = จำนวนกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่ตำบลโขงเจียมที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์												
รายการข้อมูล2	B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดในเขตพื้นที่ตำบลโขงเจียม												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$												
ระยะเวลาการประเมินผล	ประเมินแผนปฏิบัติ 1 ครั้ง และติดตามการดำเนินงานตามรอบการประเมิน รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 31 มีนาคม ปีงบประมาณนั้น รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน ถึงวันที่ 31 สิงหาคม ปีงบประมาณนั้น												
วิธีการประเมินผล	จัดเก็บข้อมูลและบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาลโขงเจียม(HI) และส่งออกรายงานไปยังโปรแกรม R506 เพื่อรายงานต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีต่อไป เกณฑ์การให้คะแนน Ranking (รอบที่ 1 และรอบที่ 2) รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 31 มีนาคม ปีงบประมาณนั้น รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน ถึงวันที่ 31 สิงหาคม ปีงบประมาณนั้น <table border="1"> <thead> <tr> <th>ค่าคะแนน</th><th>ความหมาย/เกณฑ์การวัด</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 คะแนน</td><td>ร้อยละ 60 – 69.99</td></tr> <tr> <td>2 คะแนน</td><td>ร้อยละ 70 – 79.99</td></tr> <tr> <td>3 คะแนน</td><td>ร้อยละ 80 – 89.99</td></tr> <tr> <td>4 คะแนน</td><td>ร้อยละ 90 – 99.99</td></tr> <tr> <td>5 คะแนน</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10</td></tr> </tbody> </table>	ค่าคะแนน	ความหมาย/เกณฑ์การวัด	1 คะแนน	ร้อยละ 60 – 69.99	2 คะแนน	ร้อยละ 70 – 79.99	3 คะแนน	ร้อยละ 80 – 89.99	4 คะแนน	ร้อยละ 90 – 99.99	5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10
ค่าคะแนน	ความหมาย/เกณฑ์การวัด												
1 คะแนน	ร้อยละ 60 – 69.99												
2 คะแนน	ร้อยละ 70 – 79.99												
3 คะแนน	ร้อยละ 80 – 89.99												
4 คะแนน	ร้อยละ 90 – 99.99												
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10												
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการตรวจวินิจฉัยโรคมาเร็งตับและท่อน้ำดี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ว่าที่ร้อยตรีวิทยา สุขุมพันธ์ ตำแหน่ง :นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม												
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	ว่าที่ร้อยตรีวิทยา สุขุมพันธ์ ตำแหน่ง :นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม												
ยุทธศาสตร์ที่1	ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)												



แผนงานที่3	การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่1.10	โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเร่งรัดและท่อน้ำดี				
ชื่อตัวชี้วัดที่ 29	ร้อยละกลุ่มเสี่ยงไม่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ				
คำนิยาม	การคัดกรองหาไข่พยาธิใบไม้ตับ เป็นการตรวจคัดกรองค้นหาไข่พยาธิในอุจจาระด้วยการส่องกล้องจุลทรรศน์ กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่ตำบลโขงเจียมที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ และเคยได้รับยา Praziquantel ไปแล้วในปีที่ผ่านมา 1. ผู้มีประวัติเคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในปีที่ 2565 2. ผู้ที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับเมื่อหลายปีก่อนหน้านี้ 3. กลุ่มเสี่ยงที่มีประวัติเคยรับประทานปลาดิบ				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	0	0	0	0	0
วัตถุประสงค์	1. เพื่อตรวจคัดกรองหาไข่พยาธิใบไม้ตับ 2. เพื่อจัดบริการดูแลด้านสาธารณสุข ให้ประชาชนที่ตรวจพบไข่พยาธิได้รับยา Praziquantel 3. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับที่รับยาไปแล้ว มีความรู้และไม่กลับไปตรวจพบไข่พยาธิซ้ำ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่ตำบลโขงเจียมที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ และเคยได้รับยา Praziquantel ไปแล้วในปีที่ผ่านมา 1. ผู้มีประวัติเคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในปีงบประมาณนั้น 2. ผู้ที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับเมื่อหลายปีก่อนหน้านี้ 3. กลุ่มเสี่ยงที่มีประวัติเคยรับประทานปลาดิบ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บข้อมูลและบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาลโขงเจียม(HI) และส่งออกรายงานไปยังโปรแกรม R506 เพื่อรายงานต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีต่อไป				
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลประชากร แฟ้ม Person Type area 1,3 2. จากแบบสรุปผลการตรวจคัดกรอง OV ที่รายงานอำเภอ				
รายการข้อมูล1	A = ข้อมูลรายชื่อผู้เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับปีที่ผ่านมาในเขตพื้นที่ตำบลโขงเจียม				
รายการข้อมูล2	B = ข้อมูลรายชื่อผู้เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในปีนี้ในเขตพื้นที่ตำบลโขงเจียม				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)x100				
ระยะเวลาการประเมินผล	ประเมินแผนปฏิบัติ 1 ครั้ง และติดตามการดำเนินงานตามรอบการประเมิน รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 31 มีนาคม ปีงบประมาณนั้น รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน ถึงวันที่ 31 สิงหาคม ปีงบประมาณนั้น				



วิธีการประเมินผล	1. จัดเก็บข้อมูลและบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาลโขงเจียม(HI) และส่งออกรายงานไปยังโปรแกรม R506 เพื่อรายงานต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีต่อไป เกณฑ์การให้คะแนน Ranging (รอบที่ 1 และรอบที่ 2) รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 31 มีนาคม ปีงบประมาณนั้น รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน ถึงวันที่ 31 สิงหาคม ปีงบประมาณนั้น																
	<table><tr><th>ค่าคะแนน</th><th>ความหมาย/เกณฑ์การวัด</th></tr><tr><td>1 คะแนน</td><td>ร้อยละ 2</td></tr><tr><td>2 คะแนน</td><td>ร้อยละ 1.5</td></tr><tr><td>3 คะแนน</td><td>ร้อยละ 1</td></tr><tr><td>4 คะแนน</td><td>ร้อยละ 0.5</td></tr><tr><td>5 คะแนน</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0</td></tr></table>					ค่าคะแนน	ความหมาย/เกณฑ์การวัด	1 คะแนน	ร้อยละ 2	2 คะแนน	ร้อยละ 1.5	3 คะแนน	ร้อยละ 1	4 คะแนน	ร้อยละ 0.5	5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0
ค่าคะแนน	ความหมาย/เกณฑ์การวัด																
1 คะแนน	ร้อยละ 2																
2 คะแนน	ร้อยละ 1.5																
3 คะแนน	ร้อยละ 1																
4 คะแนน	ร้อยละ 0.5																
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0																
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการตรวจวินิจฉัยโรคเมเร็งตับและท่อน้ำดี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข																
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ว่าที่ร้อยตรีวิทยา สุขุมพันธ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม																
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	ว่าที่ร้อยตรีวิทยา สุขุมพันธ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม																
ยุทธศาสตร์ที่1	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (P&P Excellence)																
แผนงานที่4	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม																
โครงการที่ 1.11	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital																
ชื่อตัวชี้วัดที่ 30	ระดับของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตร้าสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital																
คำนิยาม	GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง เป็นการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลโดยใช้หลักการสุขภาพ อย่ายั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Sustainable and Ecological Sanitation) คือกลยุทธ์ CLEAN และกิจกรรม GREEN เพื่อให้บริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชน โดยรอบ รวมถึงการเป็นต้นแบบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมแก่ผู้มารับบริการ ขยายผลลงสู่ชุมชนและภาคีเครือข่ายต่อไป(กรมอนามัย,2565)																
เกณฑ์เป้าหมาย																	
	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569												
	ระดับของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตร้าสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	ดีมาก	ดีมากพลัส	ดีมากพลัส	ดีมากพลัส												
วัตถุประสงค์	เพื่อให้บริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชน																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่โรงพยาบาลโขงเจียม																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนา มาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital 3. ผลงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายรายปี																
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลโขงเจียม																



รายการข้อมูล 1	-																						
รายการข้อมูล 2	-																						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-																						
ระยะเวลาการประเมินผล	1 ครั้ง/ปี																						
วิธีการประเมินผล	ระดับพื้นฐาน หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-10 ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา 1.มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาตามนโยบายสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital โดยการ มีส่วนรวมของคนในองค์กร ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม G-R-E-E-N <table border="1"> <tr> <td>G : GARBAGE</td><td>2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวง ควบคุมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</td></tr> <tr> <td></td><td>3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอย อย่างถูกสุขลักษณะ</td></tr> <tr> <td>R: RESTROOM</td><td>4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน</td></tr> <tr> <td>E : EMERGENCY</td><td>5. มีมาตรการประหยัพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิด การปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</td></tr> <tr> <td>E:ENVIRONMENT</td><td>6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่ม พื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อน ที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิต และวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ</td></tr> <tr> <td></td><td>7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพ ขณะรับบริการของผู้ป่วยและญาติ</td></tr> <tr> <td>N : NUTRITION</td><td>8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาล อาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561</td></tr> <tr> <td></td><td>9. ร้อยละ100ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาล อาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561</td></tr> <tr> <td></td><td>10. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาด ที่อาคารผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน</td></tr> </table> ระดับดี หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ ข้อที่ 11-12 <table border="1"> <tr> <td></td><td>11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ</td></tr> <tr> <td></td><td>12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)</td></tr> </table>	G : GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวง ควบคุมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545		3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอย อย่างถูกสุขลักษณะ	R: RESTROOM	4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน	E : EMERGENCY	5. มีมาตรการประหยัพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิด การปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	E:ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่ม พื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อน ที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิต และวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ		7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพ ขณะรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	N : NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาล อาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561		9. ร้อยละ100ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาล อาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561		10. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาด ที่อาคารผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน		11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ		12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)
G : GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวง ควบคุมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545																						
	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอย อย่างถูกสุขลักษณะ																						
R: RESTROOM	4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน																						
E : EMERGENCY	5. มีมาตรการประหยัพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิด การปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร																						
E:ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่ม พื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อน ที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิต และวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ																						
	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพ ขณะรับบริการของผู้ป่วยและญาติ																						
N : NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาล อาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561																						
	9. ร้อยละ100ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาล อาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561																						
	10. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาด ที่อาคารผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน																						
	11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ																						
	12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)																						



	ระดับดีมาก หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดี และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ ข้อที่ 13-14	
		13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
		14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
	ระดับดีมาก Plus หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก และดำเนินการได้ ตามเกณฑ์ข้อที่ 15-16	
		15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่
		16. โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป
เอกสารสนับสนุน	- คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital - คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย สวมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล - คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital) - คู่มือการดำเนินการตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	- นางสาวสุพรรณษา มหิศา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ งานอาชีวอนามัยความปลอดภัยฯ - นางสาวรัตนดา ขวานทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ งานอาชีวอนามัยความปลอดภัยฯ	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	- นางสาวสุพรรณษา มหิศา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ งานอาชีวอนามัยความปลอดภัยฯ - นางสาวรัตนดา ขวานทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ งานอาชีวอนามัยความปลอดภัยฯ	
ยุทธศาสตร์ที่1	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (P&P Excellence)	
แผนงานที่ 4	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
โครงการที่ 1.11	โครงการพัฒนาระบบงานสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี	
ชื่อตัวชี้วัดที่ 31	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและระงับอัคคีภัย	
คำนิยาม	อัคคีภัย หมายถึง ภัยอันตรายอันเกิดจากไฟที่ขาดการควบคุมการดูแลทำให้เกิดการติดต่อกลามไปตามบริเวณที่มีเชื้อเพลิงเกิดการลุกไหม้อย่างต่อเนื่อง สภาวะของไฟจะรุนแรงขึ้นถ้าการลุกไหม้ที่มีเชื้อเพลิงหนุนเนื่องหรือมีไอของเชื้อเพลิงถูกขับออกมาความว่องไวก็จะมากยิ่งขึ้น สร้างความสูญเสียให้ทรัพย์สินและชีวิตในเขตโรงพยาบาลโขงเจียม ป้องกันอัคคีภัย หมายถึง การดำเนินการเพื่อมิให้เกิดเพลิงไหม้และให้มีความรวมถึงการ เตรียมการเพื่อรองรับเหตุการณ์เมื่อเกิดเพลิงไหม้ด้วยในเขตโรงพยาบาลโขงเจียม ระงับอัคคีภัย หมายถึง การดับเพลิงและการลดการสูญเสียชีวิต ร่างกายและทรัพย์สิน อันเนื่อง มาจากการเกิดเพลิงไหม้ในเขตโรงพยาบาลโขงเจียม	



หน่วยงานป้องกันและระงับอัคคีภัย ได้แก่หน่วยงานของโรงพยาบาลโงเจียมทั้ง12กลุ่มงาน ได้แก่ กลุ่มงานทันตกรรม กลุ่มงานรังสีวิทยา กลุ่มงานเทคนิคทางการแพทย์กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมกลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู กลุ่มงานแพทย์แผนไทยงานผู้ป่วยนอก				
เกณฑ์เป้าหมาย				
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและระงับอัคคีภัย	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 5
วัตถุประสงค์	1.เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรเมื่อเกิดอัคคีภัย 2.เพื่อป้องกันและลดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินจากอัคคีภัย 3.เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลโงเจียม			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บมือ			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลโงเจียม			
ระยะเวลาการประเมินผล	2 ครั้ง/ปี			
วิธีการประเมินผล	ระดับ 1 หมายถึง มีแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย ระดับ 2 หมายถึง มีการอบรมตามแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย ระดับ 3 หมายถึง มีผู้เข้าร่วมอบรมการป้องกันและระงับอัคคีภัยมากกว่า80% ระดับ 4 หมายถึง มีแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในหน่วยงานย่อย ระดับ 5 หมายถึง มีการสุ่มตรวจความพร้อมในการป้องกันและระงับอัคคีภัย รวมทั้งประเมินผลผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด			
เอกสารสนับสนุน	1.คู่มือแนวทางการป้องกันและระงับอัคคีภัยของหน่วยงาน 2.คู่มือแนวทางการป้องกันและระงับอัคคีภัยของหน่วยงานย่อย			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวสุพรรณษา มหิศยา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ งานอาชีวอนามัยความปลอดภัยฯ 2.นางสาวรัตนนา ขวานทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ งานอาชีวอนามัยความปลอดภัย			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นางสาวสุพรรณษา มหิศยา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ งานอาชีวอนามัยความปลอดภัยฯ 2.นางสาวรัตนนา ขวานทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ งานอาชีวอนามัยความปลอดภัย			
ยุทธศาสตร์ที่ 2	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนงานที่ 1	พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
โครงการที่ 2.1	โครงการโรงเรียนผู้ป่วยเบาหวาน			
ชื่อตัวชี้วัดที่ 32	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่เข้าโรงเรียนเบาหวาน			
ชื่อตัวชี้วัดที่ 33	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน			
ชื่อตัวชี้วัดที่ 34	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ลดลงจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน			



คำนิยาม	โรงเรียนเบาหวาน หมายถึง โรงเรียนที่ให้ความรู้ทักษะเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่อำเภอโขงเจียม ลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนและกลุ่มเสี่ยงไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ35ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอโขงเจียม ที่ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงเบาหวานและมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง 100-125 mg/dl หรือระดับค่าน้ำตาลไม่อดอาหาร 140-199 mg/dl ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณนั้นและได้รับการขึ้นทะเบียนรับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลโขงเจียม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีสาเหตุเกิดจากการที่ตับอ่อนผลิตฮอร์โมนอินซูลินได้ไม่เพียงพอต่อการใช้ หรือเกิดภาวะการดื้ออินซูลิน (Insulin Resistance) ที่ได้รับการวินิจฉัย(รหัสโรค.....) และขึ้นทะเบียนรับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลโขงเจียม
---------	---

เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าโรงเรียนเบาหวาน	>50%	>60%	>70%	>80%
ร้อยละผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	<2%	<1.75%	<1.5%	<1.25%
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ลดลงจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	<60%	<50%	<40%	<30%

วัตถุประสงค์	เพื่อจัดตั้งโรงเรียนเพื่อให้ความรู้ในกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในปีนั้นและกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บมือ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล43 แฟ้ม โปรแกรมHDC ทะเบียนผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าโรงเรียนเบาหวานในปีงบประมาณนั้น
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในปีงบประมาณนั้น
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณนั้นที่เข้าโรงเรียนเบาหวาน
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณนั้น ที่เข้าโรงเรียนเบาหวาน
รายการข้อมูล 5	E= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ลดลงจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เข้าโรงเรียนเบาหวาน
รายการข้อมูล 6	F=จำนวนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณนั้น ที่เข้าโรงเรียนเบาหวาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	$(A/B) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด2	$(C/D) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด3	$(E/F) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุก 6 เดือน
วิธีการประเมินผล	6เดือนแรก (ตุลาคม-มีนาคม) =25% 6เดือนหลัง (เมษายน-กันยายน) =50%
เอกสารสนับสนุน	-อาหารพร้อมแปรง กองแพทย์ทางเลือก
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้	1.นพ.รัฐพล เกิดสุข



ประธานงานตัวชี้วัด	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ 2.นางสาวอิสรา สมสะอาด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นางสาวอิสรา สมสะอาด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2.นางสาวทศวรรณ สิทธิธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ยุทธศาสตร์ที่2	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนงานที่1	พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
โครงการที่ 2.2	โครงการรักษาผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ				
ชื่อตัวชี้วัดที่ 35	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2เข้าสู่ระยะสงบ (HbA1c<6.5) และไม่ใช้ยามากกว่า 3 เดือน				
ชื่อตัวชี้วัดที่ 36	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2เข้าโครงการDM remission สามารถลดยา DM ได้				
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีสาเหตุเกิดจากการที่ตับอ่อนผลิตฮอร์โมนอินซูลินได้ไม่เพียงพอต่อการใช้ หรือเกิดภาวะการดื้ออินซูลิน (Insulin Resistance) ที่ได้รับการวินิจฉัย(รหัสโรค.....) และขึ้นทะเบียนรับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลโขงเจียม ระยะสงบ (remission) หมายถึง การไม่แสดงอาการ และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1C)eปกติ< 6.5 และไม่ได้ใช้ยาเบาหวานติดต่อกันมากกว่า 3 เดือน ของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลโขงเจียม โครงการ DM remission clinic หมายถึง โครงการรักษาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ของโรงพยาบาลโขงเจียม สามารถควบคุมค่าระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและไม่ได้ใช้ยาเบาหวานติดต่อกันมากกว่า 3 เดือนโดยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลโขงเจียม				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2เข้าสู่ระยะสงบ (HbA1c<6.5) และไม่ใช้ยามากกว่า 3 เดือน	>10%	>20%	>30%	>40%
	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2เข้าโครงการDM remission สามารถลดยาดม ได้	>20%	>40%	>50%	>60%
วัตถุประสงค์	เพื่อดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2ด้วยนวัตกรรมใหม่				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโขงเจียม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บมือ				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล43 แฟ้ม โปรแกรมHDC ทะเบียนผู้ป่วย				
รายการข้อมูล1	A =จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2ที่เข้าร่วมโครงการ DM remission clinicในปีนั้น ที่สามารถเข้าสู่ระยะสงบ (HbA1c<6.5) และไม่ใช้ยามากกว่า 3 เดือน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2ที่เข้าร่วมโครงการ DM remission clinicในปีนั้น				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2ที่เข้าร่วมโครงการ DM remission clinicในปีนั้นที่สามารถลดยาดม ได้				



รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2ที่เข้าร่วมโครงการ DM remission clinicในปีนั้น
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	$(A/B) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด2	$(C/D) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุก 6 เดือน
วิธีการประเมินผล	6เดือนแรก (ตุลาคม-มีนาคม) =25% 6เดือนหลัง (เมษายน-กันยายน) =50%
เอกสารสนับสนุน	อาหารพร่องแป้ง กองแพทย์ทางเลือก
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นพ.รัฐพล เกิดสุข ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ 2.นางสาวอิสรา สมสะอาด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นางสาวอิสรา สมสะอาด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2.นางสาวทศวรรณ สิทธิธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ยุทธศาสตร์ที่ 2	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่ 1	การพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
โครงการที่ 2.2	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัด 37	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
ชื่อตัวชี้วัด 38	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
คำนิยาม	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มสงสัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการตรวจ 2 วิธี ดังนี้ (1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl (2) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส ในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl หมายเหตุ : - ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ และลดขั้นตอน - กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองแบบ RPG / RCBG วิธีที่ (2) มีค่าระดับน้ำตาล ≥ 110 มก./ดล. ต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำแบบ FPG / FCBG วิธีที่ (1) ในวันถัดไป การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจัย หมายถึง กลุ่มสงสัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยผู้ป่วยเบาหวาน (ภายใน 180 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน



เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
≥ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 40

วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea 3) และ PERSON.DISCHARGE=“9”(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION=“099” (สัญชาติไทย)					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud					
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 1-180 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน					
วิธีการประเมินผล	A : จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 180 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ประมวลผลจาก แฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา) B : จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDScreen ประมวลผลจาก BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL $\geq$ 126 mg/dl					
เอกสารสนับสนุน	แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2560					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2563	2564	2565
		ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	59.99	63.15	70.28 (HDC 16 ก.ย. 65)



ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นพ.รัฐพล เกิดสุข ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ 2.นางสาวอิศรา สมสะอาด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง								
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1.นางสาวอิศรา สมสะอาด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2.นางสาวทศวรรณ สิริธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง								
คำนิยาม	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน <u>หรือ</u> การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย $\geq$ ร้อยละ 93 แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) $\geq$ ร้อยละ 60 จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (Office BP) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ Office BP ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ								
เกณฑ์เป้าหมาย :									
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 66</td><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td><td>ปีงบประมาณ 69</td></tr><tr><td>$\geq$ร้อยละ 60</td><td>$\geq$ร้อยละ 60</td><td>$\geq$ร้อยละ 60</td><td>$\geq$ร้อยละ 60</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	$\geq$ ร้อยละ 60	$\geq$ ร้อยละ 60	$\geq$ ร้อยละ 60	$\geq$ ร้อยละ 60
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69						
$\geq$ ร้อยละ 60	$\geq$ ร้อยละ 60	$\geq$ ร้อยละ 60	$\geq$ ร้อยละ 60						
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีความดันโลหิตสูงจริงและส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea 3) และ PERSON.DISCHARGE=“9”(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION=“099” (สัญชาติไทย)								



วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud			
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน 90 วัน) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (ภายใน 90 วัน) ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปิงบประมาณและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100			
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน	ปิงบประมาณ 66	ปิงบประมาณ 67	ปิงบประมาณ 68	ปิงบประมาณ 69
	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 60
วิธีการประเมินผล	ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข หมายเหตุ วิธีการประมวลผล A1 : กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDScreen และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) หมายถึง การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ติดต่อกัน อย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย A2 : กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือ ในชุมชนแล้วเพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงโดย ประมวลผลจาก แฟ้ม SERVICE.SBP และ SERVICE.DBP ที่มีประวัติเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ในแฟ้ม NCDScreen โดยการคิดผลงานในกรณีที่มีผลการติดตามทั้ง 2 วิธี จะประมวลผลโดยการตัดวิธีที่ซ้ำออก B : กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDScreen ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปิงบประมาณ โดยคิดจากค่าความดันโลหิตที่เข้าได้กับกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง <u>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน)</u> 1. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 กันยายน 2563 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 30 พฤศจิกายน 2563 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผล			



	การดำเนินงานของไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2564 ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุขเดิม) 1. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุขเดิมภายใน 90 วัน ดังนั้น วันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข จะต้องไม่เกินวันที่ 29 มกราคม 2564 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2564					
เอกสารสนับสนุน	1. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อ 2. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2563	2564	2565
		ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	68.92	76.31	91.73 (HDC 16 ก.ย. 65)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นพ.รัฐพล เกิดสุข ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ 2.นางสาวอิศรา สมสะอาด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นางสาวอิศรา สมสะอาด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2.นางสาวทศวรรณ สิทธิธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
ยุทธศาสตร์ที่2	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)					
แผนงานที่ 1	พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
โครงการที่2.3	โครงการเพิ่มการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง					
ชื่อตัวชี้วัด 39	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตา					
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและได้รับการขึ้นทะเบียนรับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลโขงเจียม การคัดกรองจอประสาทตา หมายถึง การถ่ายภาพจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลโขงเจียม โดยละเอียดด้วย Fundus Camera อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
เกณฑ์เป้าหมาย						
	ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569	
	ร้อยละ 54.3	≥60	≥70	≥80	≥90	
วัตถุประสงค์	เพื่อตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยในระยะแรกให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ป้องกันการสูญเสียการมองเห็นได้					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายในเขตอำเภอโขงเจียม					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมHDC และนำเข้าข้อมูลใน43แฟ้ม					
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล43 แฟ้ม โปรแกรมHDC					



รายการข้อมูล1	A =จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตาทั้งหมด				
รายการข้อมูล2	B =ผู้ป่วยเบาหวานในเขตอำเภอโขงเจียม				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง(ไตรมาสที่4)				
วิธีการประเมินผล					
	ไตรมาส	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	รอบ3เดือน	-	-	-	-
	รอบ6เดือน	-	-	-	-
	รอบ9เดือน	-	-	-	-
	รอบ12เดือน	≥60	≥70	≥80	≥90
เอกสารสนับสนุน	คู่มือการใช้งาน Vision 2020 Thailand				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นพ.รัฐพล เกิดสุข ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ 2.นางสาวอิสรา สมสะอาด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นางสาวอิสรา สมสะอาด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2.นางสาวทศวรรณ สิทธิธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ยุทธศาสตร์ที่2	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนงานที่1	พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
โครงการที่2.3	โครงการเพิ่มการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง				
ชื่อตัวชี้วัดที่ 40	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องได้รับการตรวจเท้า				
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและได้รับการขึ้นทะเบียนรับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลโขงเจียม การตรวจเท้าเบาหวาน หมายถึง การคัดกรองเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลโขงเจียม เพื่อเฝ้าระวังปลายประสาทเสื่อม เส้นเลือดส่วนปลายตีตันและการติดเชื้อในระดับความรุนแรงที่ต่าง ๆ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียด หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลโขงเจียม ที่ได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียด โดยบุคลากร ทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว ทั้งโดยการสังเกต สภาพผิวหนังภายนอก (Visual Inspection) การตรวจปลาย ประสาทเท้า (Sensory Exam) และคลำชีพจรที่เท้า (Pulse Exam) แผลที่เท้า หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลโขงเจียม ที่มีแผลที่เท้าถลอก ฉีกขาด (Epithelial Abrasion) แผลแห้งดำ (Dry Gangrene) รวมทั้งที่มีลักษณะอักเสบ บวมแดงซึ่งต้องทำการรักษาโดยการเจาะหรือผ่าตัด การตัดนิ้วเท้า เท้า หรือขา หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลโขงเจียม ถูกตัดนิ้วเท้าหรือขาจนเกิดการติดเชื้อต้องรักษาด้วยการ Amputationหรือกรณีที่เกิด Auto Amputation จาก Dry Gangrene				



		การสอนให้ตรวจหรือดูแลเท้าด้วยตนเอง หรือสอนผู้ดูแล หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโขงเจียม หรือผู้ดูแลได้รับการสอนให้ตรวจและดูแลเท้าด้วยตนเอง หรือโดยผู้ดูแลโดยการสังเกตสภาพผิวหนัง รอยซ้ำและรูปร่างเท้ารวมถึงการสอนการดูแลเท้า			
เกณฑ์เป้าหมาย					
ผลงานปี2565		ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
60		≥60	≥60	≥60	≥60
วัตถุประสงค์		1.เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าถึงระบบการตรวจเท้าได้อย่างครอบคลุมทุกคน 2.เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลเท้าและการใส่รองเท้าที่ถูกต้อง 3.เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับรองเท้าสำหรับผู้ที่มีภาวะความเสี่ยงสูงและเท้าผิดปกติ 4.เพื่อการดูแลรักษาแผลในเท้าได้มีประสิทธิภาพและลดภาวะความเสี่ยงในการตัดขา 5.เพื่อให้ได้รับความรู้ในการเข้ารับอบรมการดูแลเท้าและการตรวจเท้าด้วยตนเอง 6.เพื่อให้ระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานทุกด้านมีประสิทธิภาพในการรักษา 7.เพื่อให้สังคมและครอบครัวเห็นความสำคัญของผู้ป่วยเบาหวานในการรักษาได้ถูกต้องและตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการตัดขา			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายในเขตอำเภอโขงเจียม			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมHDC และนำเข้าข้อมูลใน43แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล		เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน			
รายการข้อมูล1		A=จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียด อย่างน้อย 1 ครั้งปี			
รายการข้อมูล2		B=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทุกรายในเขตอำเภอโขงเจียม			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		(A/B) × 100			
ระยะเวลาการประเมินผล		ปีละ 1 ครั้ง			
วิธีการประเมินผล		ประเมินผลปีละ 1 ครั้ง เกณฑ์เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 60 (ในปี 2566,ปี 2567, ปี 2568, ปี 2569)			
เอกสารสนับสนุน		1.วิธีการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2.งานวิจัยความชุกตามระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลเท้าเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พ.ศ. 2564 3.คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1.นางสาวรัตนภรณ์ แสนทวีสุข ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู 2.นายภิณพัชญ์ กาลพันธ์ ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล		1.นางสาวรัตนภรณ์ แสนทวีสุข ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู 2.นายภิณพัชญ์ กาลพันธ์ ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู			
ยุทธศาสตร์ที่2		บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนงานที่1		พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			



โครงการที่2.4	โครงการเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง				
ชื่อตัวชี้วัดที่ 41	ร้อยละการคัดกรองซึมเศร้าในผู้ป่วยNCD				
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในโรงพยาบาลโขงเจียม การคัดกรองภาวะซึมเศร้า หมายถึง การบริการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2 คำถาม (2Q) และประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65
วัตถุประสงค์	เพื่อค้นหาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าสู่ระบบให้คำปรึกษา ป้องกันการฆ่าตัวตาย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกรายในเขตอำเภอโขงเจียมที่รับบริการรักษาในโรงพยาบาลโขงเจียม ประกอบด้วยโรคเบาหวาน รหัส ICD10 เท่ากับ E10 - E14 **ทุกสิทธิการรักษา				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส ICD10 เท่ากับ E10 - E14 ที่ถูก Diagnosis ด้วยเป็นโรค Depressive Disorder หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP Individual Data (43 แฟ้ม)				
รายการข้อมูล1	A = ประชากรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน รหัส ICD10 เท่ากับ E10 - E14 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโขงเจียมได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในแฟ้ม SPECIALPP รหัส 1B130 หรือ 1B131 จะต้องมียุทธศาสตร์ 1B0260, 1B0261, 1B0262, 1B0263 ร่วมด้วย และถูกวินิจฉัยด้วยเป็นโรค Depressive Disorder หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x				
รายการข้อมูล2	B = ประชากรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานรหัส ICD10 เท่ากับ E10 - E14 ทุกสิทธิที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโขงเจียม				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100 1B130 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่า ผลปกติ 1B131 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่า ผลผิดปกติ 1B0260 การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่า ผลปกติ 1B0261 การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่า ซึมเศร้าน้อย (คะแนน 7 – 12) 1B0262 การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่า ซึมเศร้าปานกลาง (คะแนน 13 - 18) 1B0263 การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่า ซึมเศร้ารุนแรง (คะแนน >19)				
ระยะเวลาการประเมินผล	ไตรมาส 4				
วิธีการประเมินผล	ประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโขงเจียม แล้วได้รับการคัดกรองซึมเศร้าในแฟ้ม SPECIALPP รหัส 1B130 หรือ 1B131 จะต้องมียุทธศาสตร์ 1B0260, 1B0261, 1B0262, 1B0263 ร่วมด้วย และถูกวินิจฉัยด้วยเป็นโรค Depressive Disorder หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x				
เอกสารสนับสนุน	1. ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาลโขงเจียม 2. ทะเบียนคัดกรองซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางขวัญวรา อ่อนศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสุขภาพจิตและยาเสพติด				



ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผล	นางขวัญวรา อ่อนศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสุขภาพจิตและยาเสพติด				
ยุทธศาสตร์ที่2	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนงานที่1	พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
โครงการที่2.5	โครงการส่งเสริมโภชนาการกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน				
ชื่อตัวชี้วัดที่ 42	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงมากกว่าร้อยละ 5				
คำนิยาม	กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ35ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอโขงเจียม ที่ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงเบาหวานและมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง 100-125 mg/dl หรือระดับค่าน้ำตาลไม่อดอาหาร 140-199 mg/dl ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณนั้น และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลโขงเจียม โภชนาการ หมายถึง อาหารที่เรารับประทานเข้าไป แล้วร่างกายนำเอาไปใช้ เพื่อการทำหน้าที่อย่างสม่ำเสมอของอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ ปอด เป็นต้น นอกจากนี้ยังนำไปใช้เพื่อสร้างความเจริญเติบโตของร่างกาย การซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย เราสามารถแบ่งอาหารออกเป็นประเภท โดยอาศัยหลักทางโภชนาการ ได้เป็นโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ และน้ำ ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการทำงานของร่างกายไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงมากกว่าร้อยละ 5	5%	10%	15%	20%
วัตถุประสงค์	1.เพื่อเสริมความรู้เรื่องโภชนาการ 2.ลดการเกิดผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่และกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีนั้น				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.การประมวลผลด้วยมือ				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล43 แฟ้ม โปรแกรมHDC				
รายการข้อมูล1	A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ				
รายการข้อมูล2	B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ได้รับการส่งเสริมโภชนาการปีงบประมาณ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x100				
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุก 6 เดือน				
วิธีการประเมินผล	ข้อมูลจาก ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน	1. โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2. อาหารพร่องแป้ง กองแพทย์ทางเลือก				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวธนภรณ์ โอสดศรี ตำแหน่ง นักโภชนาการปฏิบัติการ กลุ่มงานโภชนศาสตร์				
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผล	นางสาวธนภรณ์ โอสดศรี ตำแหน่ง นักโภชนาการปฏิบัติการ กลุ่มงานโภชนศาสตร์				



ยุทธศาสตร์ที่2	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนงานที่1	พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
โครงการที่2.6	โครงการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง			
ชื่อตัวชี้วัดที่ 43	ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ml/min/1.73 m2/yr			
คำนิยาม	ผู้ป่วยCKD หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและได้รับการขึ้นทะเบียนรับการ รักษาโรคที่โรงพยาบาลโขงเจียม eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไต ที่ได้จากการ คำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568
	65.65	≥66	≥66	≥66
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิด จากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มประชากรที่ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรค เป็น 'N181', 'N182', 'N183', 'N184', 'N189', 'E102', 'E112', 'E122', 'E132', 'E142', 'N083', 'I120', 'I129', 'I130', 'I131', 'I132', 'I139', 'I151', 'N021', 'N022', 'N023', 'N024', 'N025', 'N026', 'N027', 'N028', 'N029', 'N031', 'N032', 'N033', 'N034', 'N035', 'N036', 'N037', 'N038', 'N039', 'N041', 'N042', 'N043', 'N044', 'N045', 'N046', 'N047', 'N048', 'N049', 'N051', 'N052', 'N053', 'N054', 'N055', 'N056', 'N057', 'N058', 'N059', 'N061', 'N062', 'N063', 'N064', 'N065', 'N066', 'N067', 'N068', 'N069', 'N071', 'N072', 'N073', 'N074', 'N075', 'N076', 'N077', 'N078', 'N079', 'N081', 'N082', 'N083', 'N084', 'N085', 'N086', 'N087', 'N088', 'N089', 'N110', 'N111', 'N118', 'N119', 'N12', 'N130', 'N131', 'N132', 'N133', 'N134', 'N135', 'N136', 'N137', 'N138', 'N139', 'N140', 'N141', 'N142', 'N143', 'N144', 'N200', 'N201', 'N202', 'N2019', 'N210', 'N211', 'N218', 'N219', 'N251', 'N258', 'N259', 'N26', 'N270', 'N271', 'N279', 'N280', 'N281', 'N288', 'N289', 'N144', 'Q610', 'Q611', 'Q612', 'Q613', 'Q614', 'Q615', 'Q618' ที่มี 60 > eGFR ≥ 15			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	• ดำเนินการตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 อย่างน้อยทุก 6 เดือน และ ใน ผู้ป่วย โรคไตเรื้อรัง Stage 4 ตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน • โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม)			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล43 แฟ้ม โปรแกรมHDC			
รายการข้อมูล1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลโขงเจียมได้รับการ ตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่า ของ eGFR ตั้งแต่อยอนหลัง 1ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5			
รายการข้อมูล2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลโขงเจียมได้รับ การ ตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดย พิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่อยอนหลัง 1ปีงบประมาณ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100			
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีละ2 ครั้งไตรมาสที่ 2และ 4 (สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดแบบ real time)			



วิธีการประเมินผล	ปี2566			
	รอบ3เดือน	รอบ6เดือน	รอบ9เดือน	รอบ12เดือน
	-	≥ ร้อยละ66		≥ ร้อยละ66
	ปี2567			
	รอบ3เดือน	รอบ6เดือน	รอบ9เดือน	รอบ12เดือน
	-	≥ ร้อยละ66		≥ ร้อยละ66
	ปี 2568			
	รอบ3เดือน	รอบ6เดือน	รอบ9เดือน	รอบ12เดือน
	-	≥ ร้อยละ66		≥ ร้อยละ66
	ปี 2569			
	รอบ3เดือน	รอบ6เดือน	รอบ9เดือน	รอบ12เดือน
	-	≥ ร้อยละ66		≥ ร้อยละ66
เอกสารสนับสนุน	คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.พญ.เวทีตา บุญสุข ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลโขงเจียม 2.นางอศรา สมสะอาด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผล	1.นางอศรา สมสะอาด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2.นางสาวทศวรรณ สิทธิธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
ยุทธศาสตร์ที่2	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนงานที่1	พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
โครงการที่2.6	โครงการส่งเสริมโภชนาการเพื่อชะลอไตเสื่อม CKD			
ชื่อตัวชี้วัดที่ 44	ร้อยละผู้ป่วย CKD ได้รับการส่งเสริมโภชนาการ			
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง(CKD) หมายถึง กลุ่มประชากรที่ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่3 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 'N183', ตามค่าการทำงานของไต โดย 3A จะมีค่าการทำงานของไต อยู่ที่ 45-59 ml/min ส่วน 3B จะอยู่ที่ 30-44 ml/min ซึ่งในระยะ ที่ 3 ก็จะไม่มีการไต ใดๆให้เห็น นอกจากค่าการทำงานของไตที่ทำงานลดลงอย่างต่อเนื่อง eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไต ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI) โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง อาหารที่เรารับประทานเข้าไป แล้วร่างกายนำเอาไปใช้ เพื่อการทำหน้าที่อย่างสม่ำเสมอของอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ ปอด เป็นต้น นอกจากนี้ยังนำไปใช้เพื่อสร้างความเจริญเติบโตของร่างกาย การซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย เราสามารถแบ่งอาหารออกเป็นประเภท โดยอาศัยหลักทางโภชนาการ ได้เป็นโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ และน้ำ ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการทำงานของร่างกายไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน			



เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ร้อยละผู้ป่วย CKD ระยะที่3 ได้รับการส่งเสริมโภชนาการ	80%	80%	80%	80%
ร้อยละผู้ป่วยCKD ระยะที่3 มีค่าGFR ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5ml/min/1.73m3	60%	60%	60%	60%

วัตถุประสงค์	1.เพื่อเสริมความรู้และสร้างความตระหนักในการลดเค็ม ลดโซเดียม เพื่อชะลอไตเสื่อม 2.เพื่อชะลอการดำเนินไปของไตและป้องกันผู้ป่วย CKD Stage 3a-3b
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มผู้ป่วยโรคไตระยะที่3
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.การประมวลผลด้วยมือ 2.โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เขามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล43 แฟ้ม โปรแกรมHDC
รายการข้อมูล1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่3 ที่ได้รับการส่งเสริมโภชนาการ
รายการข้อมูล2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่3 ทั้งหมดในปีนั้น
รายการข้อมูล3	C= จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่3 ที่มีค่าGFR ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5ml/min/1.73m3 จากการส่งเสริมโภชนาการ
รายการข้อมูล4	D= จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่3 ที่ได้รับการส่งเสริมโภชนาการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	$(A/B) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด2	$(C/D) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ตัวชี้วัดที่ 1 ทุก 6 เดือน
วิธีการประเมินผล	ตัวชี้วัดที่ 1 6 เดือนแรก = 30% 6 เดือนหลัง = 50%
เอกสารสนับสนุน	คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวธนภรณ์ โอสภศรี ตำแหน่ง นักโภชนาการปฏิบัติการ กลุ่มงานโภชนาการ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	นางสาวธนภรณ์ โอสภศรี ตำแหน่ง นักโภชนาการปฏิบัติการ กลุ่มงานโภชนาการ
ยุทธศาสตร์ที่ 2	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ 2	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ 2.7	โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI,STROKEและSEPSIS



ชื่อตัวชี้วัด 45	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การ รักษาตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด 34.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI 34.2 ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด 34.2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐาน เวลาที่กำหนด 34.2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด 34.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI				
คำนิยาม	โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยง จนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction) อัตราตายในผู้ป่วย STEMI 1.ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและ มีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit) 2.การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	น้อยกว่าร้อยละ 8	น้อยกว่าร้อยละ 8	น้อยกว่าร้อยละ 8	น้อยกว่าร้อยละ 8	น้อยกว่าร้อยละ 8
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่ ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC				
รายการข้อมูล1	A1 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด				
รายการข้อมูล2	B2 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO –I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A1/B2) x 100				
ระยะเวลาการประเมินผล	รายไตรมาส วันที่ 10 ของเดือน(ไตรมาสที่1เดือนมกราคม ไตรมาสที่2 เดือนเมษายน ไตรมาสที่3เดือนกรกฎาคม ไตรมาสที่4เดือนตุลาคม) ส่งงานยุทธศาสตร์และศูนย์คุณภาพ				
วิธีการประเมินผล	รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC				
เอกสารสนับสนุน	- Thai ACS Registry - Thai Acute Coronary Syndrome Guideline 2020 - IBANEZ, Borja, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients				



	presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European heart journal, 2017, 39.2: 119-177
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวกิตติมา คุณทรัพย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่ทำงาน : 045-595661 โทรศัพท์มือถือ : 091 0198235
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผล	1. นางสาวกิตติมา คุณทรัพย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่ทำงาน : 045-595661 โทรศัพท์มือถือ : 091 0198235
ยุทธศาสตร์ที่ 2	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ 2	การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ 2.7	โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI,STROKEและSEPSIS
ชื่อตัวชี้วัด46	จำนวนผู้ป่วยSTEMIที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด47	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลโขงเจียม
คำนิยาม	ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกัน ภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแล ผู้ป่วยก่อนถึง โรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่ง การรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่ม การเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน การพัฒนา ECS ในปี 2566-2569 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ “ผู้เจ็บป่วยวิกฤต ฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1 “การเสียชีวิตภายในห้องฉุกเฉิน” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่ เสียชีวิต (Door to Death) ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน “ผู้ป่วย severe traumatic brain injury” หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งลงในภายหลังก็ได้



เกณฑ์เป้าหมาย ทั้ง Trauma และ Non-Trauma				
ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย
< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12
วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการ ดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัย พิบัติ 2. ในปี 2566-2569 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพ การรักษา เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับการบริการที่เท่าเทียม ทั้งถึง ทันเวลา ปลอดภัย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 1.1 ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วย รหัสบัตรประชาชน 1.2 ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 1.3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT			
แหล่งข้อมูล	1. มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิต ภายในห้องฉุกเฉิน			
รายการข้อมูล2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด ภายในห้องฉุกเฉิน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาการประเมินผล	2ครั้งต่อปีงบประมาณ(เดือนเมษายนและเดือนกันยายน)			
วิธีการประเมินผล	ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล ขั้นตอนที่2 นำข้อมูลมาวิเคราะห์สังเคราะห์และพัฒนางานระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล			
เอกสารสนับสนุน	http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/ คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางนันทกมล ส่องแสง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่ทำงาน : 045-595661 โทรศัพท์มือถือ : 093-4564664 E-mail : mone_er@hotmail.com			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1. . นางนันทกมล ส่องแสง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่ทำงาน : 045-595661 โทรศัพท์มือถือ : 093-4564664 E-mail : mone_er@hotmail.comS			
ยุทธศาสตร์ 2	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่ 2	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่ 2.8	โครงการพัฒนาการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและการส่งต่อ			
ชื่อตัวชี้วัด 48	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วย Stroke fast-track ภายใน 40 นาที			
คำนิยาม	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 – I69) 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 – I69)			



	2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 – I69) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 – I69)			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
	น้อยกว่าร้อยละ 50	น้อยกว่าร้อยละ 50	น้อยกว่าร้อยละ 50	น้อยกว่าร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13			
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 – I69) จากทุกหอผู้ป่วย			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I60 – I69)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่ 2	การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
โครงการที่ 2.8	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ตัวชี้วัด 49	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย Sepsis
ตัวชี้วัด 50	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock 1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน 4.2 - 4.4 1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราการตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis



	3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2566 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป 4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ 4.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) หรือ มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 4.2 qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3) 4.3 SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4) 4.4 Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ 5) หรือ NEWS 2 ตั้งแต่ 5 ข้อ ขึ้นไป 5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราการปฏิบัติการมีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย Sepsis

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
น้อยกว่าร้อยละ 10	น้อยกว่าร้อยละ 10	น้อยกว่าร้อยละ 10	น้อยกว่าร้อยละ 10

เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย

วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)



รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น													
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น													
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด x.1	(A+C) / D × 100													
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส													
วิธีการประเมินผล :	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 –13													
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย 2. คู่มือแนวทางการตรวจวินิจฉัยงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td>...</td><td>ร้อยละ</td><td>31.92</td><td>34.09</td><td>35.73</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	...	ร้อยละ	31.92	34.09	35.73
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2563	2564	2565										
...	ร้อยละ	31.92	34.09	35.73										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางชรินทร์ทิพย์ พงศ์วิเศษเดชา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ													
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางชรินทร์ทิพย์ พงศ์วิเศษเดชา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ													

ยุทธศาสตร์ที่2	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่3	พัฒนาระบบสุขภาพตาม Service plan
โครงการที่ 2.9	โครงการส่งเสริมการตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย
ข้อตัวชี้วัดที่ 51	อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพ 100000 คน ≤ 17
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรง



ขึ้น จากการตั้งครรภ์และ/หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคนในเขตพื้นที่อำเภอโขงเจียม				
เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ2566		ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน		ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 14 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 13 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
วัตถุประสงค์	1. พัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลโขงเจียมให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ 2. เพื่าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ 3. จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วันในเขตพื้นที่อำเภอโขงเจียม			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลโขงเจียมรายงานข้อมูลการตายมารดาแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใน 24 ชม. 2. โรงพยาบาลโขงเจียมส่งแบบสอบสวนการตายมารดา (ก1) แก่สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด 102			
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมHDC, รายงานก.1 และรายงานก.2			
รายการข้อมูล1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด 42 วันหลังคลอด ทุกสาเหตุยกเว้นอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด			
รายการข้อมูล2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาการประเมินผล	รายไตรมาส (ธ.ค., มี.ค., มิ.ย., ก.ย.)			
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย			
เอกสารสนับสนุน	1.แบบรายงานการตายก.1, ก.2 2.แบบประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ 3.มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพโดยใช้ HA เป็น base on ในการดำเนินการร่วมด้วย			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวทัศนีย์ สิมพริกซ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยคลอด 2.นางชรินทร์ทิพย์ พงศ์วิเศษเดชา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยคลอด			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นางสาวทัศนีย์ สิมพริกซ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยคลอด 2.นางชรินทร์ทิพย์ พงศ์วิเศษเดชา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยคลอด			

ยุทธศาสตร์ที่ 2	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ 3	พัฒนาระบบสุขภาพตาม Service plan
โครงการที่ 2.9	โครงการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด



ชื่อตัวชี้วัดที่ 52	อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน				
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่คลอดออกมาน้ำหนักน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,500 กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาลโขงเจียม				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	< 3.7 ตล 1 000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.6 ตล 1 000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.5 ตล 1 000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.4 ตล 1 000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.3 ตล 1 000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. จำนวนทารกน้ำหนักแรกเกิด มากกว่าเท่ากับ 1,500 กรัม ที่เสียชีวิต หมายถึง จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักแรกเกิด มากกว่าเท่ากับ 1,500 กรัม ที่เสียชีวิตอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน 2. จำนวนทารกน้ำหนักแรกเกิด มากกว่าเท่ากับ 1,500 กรัม หมายถึง จำนวน เด็กเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าเท่ากับ 1,500 กรัมทั้งหมด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเขาระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center				
รายการข้อมูล1	A = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักแรกเกิด มากกว่าเท่ากับ 1,500 กรัม ที่ เสียชีวิตอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน				
รายการข้อมูล2	B = จำนวนเด็กเกิดมีชีพที่มีน้ำหนัก มากกว่าเท่ากับ 1,500 กรัม				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$				
ระยะเวลาการประเมินผล	รายไตรมาส (ธ.ค., มี.ค., มิ.ย., ก.ย.)				
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน	1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด 2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวทัศนีย์ สิมพริกซ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยคลอด 2.นางชรินทร์ทิพย์ พงศ์วิเศษเดชา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยคลอด				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นางสาวทัศนีย์ สิมพริกซ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยคลอด 2.นางชรินทร์ทิพย์ พงศ์วิเศษเดชา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยคลอด				

ยุทธศาสตร์ที่ 2	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ 3	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่2.10	โครงการเพิ่มการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)
ชื่อตัวชี้วัดที่ 53	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน



คำนิยาม

การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอโขงเจียม ที่มีการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลโขงเจียม (Multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายจิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F:โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)

ผู้ป่วย Intermediate care หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairments ตามเกณฑ์การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F

Intermediate ward คือ การให้บริการ Intensive IPD

rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก 1

Intermediate bed คือ การให้บริการ Less Intensive IPD rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยคนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ

หมายเหตุ

1. โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อ และติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา
2. การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง
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)	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S72.0 - S72.2
	Multiple Impairments	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์	ตามคํานิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	ตามคํานิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	ตามคํานิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
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

ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
75.68 %	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน
2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย
4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน
5. ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำ ทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด
2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมกายภาพบำบัดและสหวิชาชีพ

แหล่งข้อมูล

โรงพยาบาลแม่ข่ายภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษารับส่งต่อผู้ป่วย



รายการข้อมูล1	A = ผู้ป่วยStroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index<15 หรือคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairments ที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20 ตามเกณฑ์การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F
รายการข้อมูล2	B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกรายที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20 หมายเหตุ: การดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน และเยี่ยมบ้าน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ตามรอบการตรวจราชการ (ไตรมาส 2 และ 4)
วิธีการประเมินผล	ประเมินผลทุก 6 เดือน เกณฑ์เป้าหมายในทุก 6 เดือน ≥ ร้อยละ 75 (ในปี 2566) และเกณฑ์เป้าหมายในทุก 6 เดือน ≥ ร้อยละ 80 (ในปี 2567, ปี 2568, ปี 2569)
เอกสารสนับสนุน	1. งานวิจัยการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2552 2. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) พ.ศ.2559 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3) สถาบันประสาทวิทยา 3. งานวิจัยการประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) พ.ศ.2562 4. งานวิจัยต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลันด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก พ.ศ.2562 5. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Guideline for Intermediate care service plan) พ.ศ. 2562
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางบุญทริกา เลิศแล้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยใน 2.นางสาวรัตนารณณ์ แสนทวีสุข ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	นางสาวรัตนารณณ์ แสนทวีสุข ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

ยุทธศาสตร์ที่ 2	ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนงานที่ 3	การป้องกันโรคและภัยสุขภาพ
โครงการที่2.10	โครงการเพิ่มการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)
ชื่อตัวชี้วัดที่ 54	ร้อยละของ ผู้ป่วย stroke ได้รับการเยี่ยมฟื้นฟูติดตาม
ชื่อตัวชี้วัดที่ 55	ร้อยละของ ผู้ป่วย stroke ที่ได้รับการเยี่ยมฟื้นฟูติดตามมีคุณภาพชีวิต (BI) ที่ดีขึ้น
คำนิยาม	การบริบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง การบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอโขงเจียมที่มีอาการทาง

คลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางในรพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F:โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)

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

หมายเหตุ โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อ และติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60 - I64
-	Multiple Impairments	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
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 stroke ได้รับการเยี่ยมฟื้นฟูติดตาม

ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
63.51 %	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60

2.ร้อยละของ ผู้ป่วย stroke ที่ได้รับการเยี่ยมฟื้นฟูติดตามมีคุณภาพชีวิต (BI) ที่ดีขึ้น

ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
80 %	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, ผู้พิการ และ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน
2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย
4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้าน และชุมชน
5. ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.
6. เพื่อให้มีระบบการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้พิการภายในจังหวัดอุบลราชธานี
7. เพื่อให้ผู้พิการรายใหม่ได้รับการจดทะเบียนผู้พิการ, ต่อยาบัตรคนพิการ, เปลี่ยนสิทธิคนพิการ (ท74)
8. เพื่อให้ผู้พิการได้รับอุปกรณ์คนพิการตามความเหมาะสม
9. เพื่อจัดตั้งศูนย์ประสานงานการดูแลผู้พิการในจังหวัดอุบลราชธานี
10. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูล ระบบการรายงานผล และระบบการส่งต่อ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วย Stroke รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด
2. ผู้พิการทุกประเภท ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน (sub-acute) ที่สิ้นสุดการรักษาแล้วแต่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งที่บ้านและในชุมชน ในเขตอำเภอโขงเจียม

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมกายภาพบำบัดและสหวิชาชีพ

แหล่งข้อมูล

โรงพยาบาลแม่ข่ายภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย

รายการข้อมูล1

- A = ผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการเยี่ยมติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพ
B = ผู้ป่วย Stroke รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำ ทั้งหมดของอำเภอโขงเจียม

รายการข้อมูล2

- C = ผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการเยี่ยมติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพมีคุณภาพชีวิต (BI) ที่ดีขึ้น
D = ผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการเยี่ยมติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพ
หมายเหตุ: การดูแลต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน และเยี่ยมบ้าน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด1

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

สูตรคำนวณตัวชี้วัด2

$$(C/D) \times 100$$

ระยะเวลาการประเมินผล

ตามรอบการตรวจราชการ (ไตรมาส 2 และ 4)



วิธีการประเมินผล	ประเมินผลทุก 6 เดือน 1.ร้อยละของ ผู้ป่วย stroke ได้รับการเยี่ยมฟื้นฟูติดตาม เกณฑ์เป้าหมายในทุก 6 เดือน $\geq$ ร้อยละ 60 (ในปี 2566 ,ปี 2567, ปี 2568, ปี 2569) 2.ร้อยละของ ผู้ป่วย stroke ที่ได้รับการเยี่ยมฟื้นฟูติดตามมีคุณภาพชีวิต (BI) ที่ดีขึ้น เกณฑ์เป้าหมายในทุก 6 เดือน $\geq$ ร้อยละ 80 (ในปี 2566 ,ปี 2567, ปี 2568, ปี 2569)
เอกสารสนับสนุน	1. งานวิจัยการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2552 2. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) พ.ศ.2559 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3) สถาบันประสาทวิทยา 3. เครื่องมือประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วารสารกายภาพบำบัด พ.ศ.2559 4. งานวิจัยการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พ.ศ.2552 5. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Guideline for Intermediate care service plan) พ.ศ. 2562
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวรัตนภรณ์ แสนทวีสุข ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู 2.นายภิมณพัชญ์ กาลพันธ์ ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นางสาวรัตนภรณ์ แสนทวีสุข ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู 2.นายภิมณพัชญ์ กาลพันธ์ ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
ยุทธศาสตร์ที่2	Service Excellent โรงพยาบาลโขงเจียม
แผนงานที่3	พัฒนาระบบสุขภาพตาม Service plan
โครงการที่2.10	โครงการเพิ่มการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)
ชื่อตัวชี้วัดที่56	ร้อยละการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยระดับประครอง
คำนิยาม	ผู้ป่วยระดับประครองระยะท้าย หมายถึงผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุ (กลุ่มอายุ0-14,15-59และ 60 ปีขึ้นไป) ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอโขงเจียมและได้รับการวินิจฉัยระดับประครองระยะท้าย (Z51.5) ดังนี้ 1. กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-10 รหัส C00-C96 ระยะแพร่กระจาย 2. กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ(Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และภาวะสมองเสื่อม(Dementia) ICD-10 รหัส F03 3. โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5 4. โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50 5. ผู้สูงอายุ (อายุ > 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 4 กลุ่มโรค ตามข้อ 1-4 และภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้า สู่ระยะประคับประครองตามข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย 6. ผู้ป่วยอายุ 15-59 ปี ที่เจ็บป่วยใน เจ็บป่วยใน 4 กลุ่มโรค ตามข้อ 1-4 และ เข้าสู่ระยะประคับประครองตามข้อบ่งชี้ทั่วไป ในการวินิจฉัย



7. ผู้ป่วยเด็ก (อายุ0-14 ปี) ประคับประคองระยะท้าย การเยี่ยมบ้าน หมายถึง ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายได้รับการเยี่ยมบ้านด้วยทีมสหวิชาชีพ เครือข่าย ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอโขงเจียมเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตโดย มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นลายลักษณ์อักษร การดูแล ต่อเนื่องที่บ้านมีเครือข่ายการดูแลประคับประคองร่วมกับหน่วยงานราชการหรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วยและอุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและ แพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง				
เกณฑ์เป้าหมาย				
ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	≥60	≥80	≥80	≥80
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการจัดการอาการปวดและอาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อยสับสนด้วย Opioid อย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผ่านกระบวนการดูแลรักษา แบบ ประคับประคองที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Plan) มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และการเยี่ยมบ้านด้วยทีมสห วิชาชีพและเครือข่ายชุมชนเพื่อการมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยระยะท้ายประคับประคองทุกรายในเขตพื้นที่อำเภอโขงเจียม			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัด คือ กำกับ ดูแลการกรอกข้อมูลในเวช ระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลแฟ้มการวินิจฉัยโรค แฟ้มยา และแฟ้มการติดตามเยี่ยมบ้าน ใน 43 แฟ้ม ให้ครบถ้วน			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลแม่ข่ายภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษารับส่งต่อผู้ป่วย			
รายการข้อมูล1	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ในปีงบประมาณนั้นๆและได้รับการเยี่ยมบ้าน			
รายการข้อมูล2	B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ในปีงบประมาณนั้นๆ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีงบประมาณนั้นๆ			
เอกสารสนับสนุน	คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) แบบบูรณาการ			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางบุญทริกา เลิศแล้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยใน 2.นางสาวจุฬารัตน์ ผลตก ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยใน			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นางบุญทริกา เลิศแล้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยใน 2.นางสาวจุฬารัตน์ ผลตก ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยใน			



ยุทธศาสตร์ที่2	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนงานที่3	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan			
โครงการที่2.11	โครงการพัฒนาดูแลผู้ป่วย COPD			
ชื่อตัวชี้วัดที่57	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง			
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) หมายถึงผู้ป่วยที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโขงเจียมด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและได้รับยากลุ่ม systemic corticosteroid และหรือยาปฏิชีวนะ(รหัสโรค j44)			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	<150ครั้ง/100 ผู้ป่วยโรค COPD	<140ครั้ง/100 ผู้ป่วยโรค COPD	<120ครั้ง/100 ผู้ป่วยโรค COPD	110ครั้ง/100ผู้ป่วยโรค COPD
วัตถุประสงค์	เพิ่มประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลดอัตราการเกิดกำเริบเฉียบพลัน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล 43แฟ้มและ HDC			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43แฟ้มและ HDC			
รายการข้อมูล1	A= จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโขงเจียมด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและได้รับยากลุ่มsystemic corticosteroid และหรือยาปฏิชีวนะ ในผู้ป่วยที่อายุ40ปีขึ้นไปที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J440หรือ J441)โดยนับเป็นครั้ง			
รายการข้อมูล2	B =จำนวน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J440 - J449)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x100			
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง ไตรมาส 2และ 4			
วิธีการประเมินผล	2566			
	รอบ3เดือน	รอบ6เดือน	รอบ9เดือน	รอบ12เดือน
	-	< 75ครั้ง/100 ผู้ป่วยโรค COPD		<150ครั้ง/100 ผู้ป่วยโรค COPD
	ปี2567			
	รอบ3เดือน	รอบ6เดือน	รอบ9เดือน	รอบ12เดือน
	-	<70ครั้ง/100 ผู้ป่วยโรค COPD		< 140ครั้ง/100 ผู้ป่วยโรค COPD
	ปี 2568			
	รอบ3เดือน	รอบ6เดือน	รอบ9เดือน	รอบ12เดือน
	-	<60ครั้ง/100 ผู้ป่วยโรค COPD		<120ครั้ง/100 ผู้ป่วยโรค COPD
	ปี 2569			
	รอบ3เดือน	รอบ6เดือน	รอบ9เดือน	รอบ12เดือน



	-	<50ครั้ง/100 ผู้ป่วยโรค COPD	<110ครั้ง/100 ผู้ป่วยโรค COPD
เอกสารสนับสนุน	การดูแลผู้ป่วยหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังปี 2560 สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	1.พญ.เวทิตา บุญสุข ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ 2.นางสาวทศวรรณ สิทธิธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	นางสาวทศวรรณ สิทธิธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก		
ยุทธศาสตร์ที่ 2	บริการเป็นเลิศ Service Excellent		
แผนงานที่ 3	พัฒนาระบบสุขภาพตาม Service plan		
โครงการที่ 2.12	โครงการเพิ่มการเข้าถึงสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย		
ชื่อตัวชี้วัดที่ 58	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานให้ความรู้ป้องกันความรุนแรงและการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (OSCC)		
คำนิยาม	1.OSCC (One Stop Crisis Center, OSCC) หรือ “ศูนย์พึ่งได้” หมายถึง ศูนย์ที่จัดขึ้นในโรงพยาบาลทำหน้าที่บริการช่วยเหลือเด็กสตรีและบุคคลในครอบครัวที่ถูกกระทำรุนแรงของโรงพยาบาลโขงเจียม 2.กระทำรุนแรง หมายถึง การทำให้คนได้รับอันตรายหรือเสี่ยงต่ออันตรายทั้งทางร่างกาย จิตใจ พัฒนาการ สังคม สิทธิเสรีภาพ ที่เกิดได้ต่อเด็กสตรีและครอบครัว รวมทั้งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ว่าที่ส่วนตัวหรือที่สาธารณะ (แนวปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในเครือข่ายระดับจังหวัด : สิงหาคม 2550 , น. 11) การกระทำรุนแรง แบ่งออกได้ดังนี้ (แนวปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีและบุคคลในครอบครัวที่ถูกกระทำรุนแรง : กันยายน 2552 , น. 9-10) 1. ทางร่างกาย (Physical) หมายถึง การใช้กำลังหรืออุปกรณ์ใดๆ เป็นอาวุธ ทำร้ายร่างกายเกินกว่าเหตุ มีผลทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิต 2. ทางเพศ (Sexual) หมายถึง การกระทำที่มีผลทำให้ผู้ถูกกระทำได้รับความเสียหาย เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ได้แก่ การข่มขืนกระทำชำเรา และอนาจาร เป็นต้น 3. ทางจิตใจ (Psychological) หมายถึง การกระทำใดๆ ที่มีผลให้ผู้ถูกกระทำได้รับความกระทบกระเทือนด้านจิตใจ หรือเสียสิทธิเสรีภาพ ได้แก่ การดูถูกเหยียดหยาม ดุด่า กักขังหน่วงเหนี่ยว เป็นต้น 4. การทอดทิ้ง (Deprivation or Neglect) หมายถึง การทอดทิ้งผู้ที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้มีจิตฟั่นเฟือน เป็นต้น 5. ล่อลวง/บังคับแสวงหาผลประโยชน์ การใช้ผู้หญิงในกิจกรรมซึ่งสนองประโยชน์แก่คนอื่น ไม่ว่าจะเป็นประโยชน์ด้านการเงิน ด้านเพศ หรือด้านอำนาจทางการเมือง โดยกิจกรรมซึ่งบั่นทอนความเป็นอยู่ที่ดีทางร่างกายและจิตใจผู้หญิง และร้ายแรงถึงขั้นคุกคามต่อความอยู่รอดของผู้หญิงด้วย กิจกรรมเหล่านี้ได้แก่ การใช้แรงงาน การค้าประเวณี การผลิตสื่อลามกที่เกี่ยวกับผู้หญิง การตั้งครรภ์ไม่พร้อม (Unplanned Pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยผู้ตั้งครรภ์ไม่ได้วางแผนหรือเตรียมตัวมีบุตรมาก่อน สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะท้องไม่พร้อมคือ การไม่ได้คุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ โดยฝ่ายชายและฝ่ายหญิงไม่ได้วางแผนจะมีบุตร		



เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
-	ระดับ3	ระดับ4	ระดับ5	ระดับ5
วัตถุประสงค์	เพื่อให้บุคคลที่ได้รับความรุนแรงหรือตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายOSCC			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคคลที่ได้รับความรุนแรงหรือตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ทะเบียนOSCC			
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนOSCC			
รายการข้อมูล1	A = บุคคลที่ได้รับความรุนแรงหรือตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายOSCC			
รายการข้อมูล2	B = บุคคลที่ได้รับความรุนแรงหรือตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีละ1 ครั้ง			
วิธีการประเมินผล	ระดับ1 หมายถึง มีคณะกรรมการOSCCระดับโรงพยาบาล ระดับ 2 หมายถึง มีคณะกรรมการOSCCระดับเครือข่ายสุขภาพโขงเจียม ระดับ 3 หมายถึง มีการประชุม ให้ความรู้ ดำเนินงานจากคณะกรรมการ OSCC ระดับ 4 หมายถึง มีบุคคลได้รับความรุนแรงหรือตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายOSCCระดับเครือข่ายสุขภาพโขงเจียม ระดับ5 หมายถึง มีบุคคลได้รับความรุนแรงหรือตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายOSCCระดับเครือข่ายสุขภาพโขงเจียม ร้อยละ50			
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการจัดบริการศูนย์พึ่งได้และการบูรณาการตามนโยบายOSCC ศูนย์ช่วยเหลือสังคม			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาว กุลธิดา ดอนคำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	นางสาว กุลธิดา ดอนคำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก			
ยุทธศาสตร์ที่ 2	บริการเป็นเลิศ Service Excellent			
แผนงานที่ 2	พัฒนาระบบสุขภาพตาม Service plan			
โครงการที่ 2.12	โครงการเพิ่มการเข้าถึงสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย			
ชื่อตัวชี้วัดที่ 59	ร้อยละของวัยรุ่นอายุ 13-15 ปี ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า			
ชื่อตัวชี้วัดที่ 60	วัยรุ่นอายุ 13-15 ปี เสี่ยงซึมเศร้าได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาในโรงพยาบาล			
คำนิยาม	วัยรุ่นอายุ 13-15 ปี หมายถึง วัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescence) ร่างกายมีการเจริญเติบโตทางเพศอย่างสมบูรณ์ทั้งในเพศหญิงและชายในเขตอำเภอโขงเจียม 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			



		เข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย				
เกณฑ์เป้าหมาย						
ปีงบประมาณ2565		ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569	
ตัวชี้วัดที่59=ร้อยละ 80		ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	
ตัวชี้วัดที่60=ร้อยละ 100		ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	
วัตถุประสงค์		เพื่อคัดกรองวัยรุ่น13-15ปีให้เข้าถึงการบริการทางสุขภาพจิต				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 13 - 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดของประเทศไทย ณ วันรับบริการ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรกระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		รวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล		สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ				
รายการข้อมูล1		A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีประมาณปัจจุบัน ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ				
รายการข้อมูล2		B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ จากความชุกที่ได้จากการสำรวจระดับวิทยาโรคซึมเศร้าปี2551 โดยกรมสุขภาพจิต				
รายการข้อมูล3		C = จำนวนวัยรุ่นอายุ13-15ปี ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคซึมเศร้ามาเข้ารับบริการแล้วถูกวินิจฉัยด้วยรหัส.....				
รายการข้อมูล4		D = จำนวนวัยรุ่นอายุ13-15ปี ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคซึมเศร้า (ตัวเลขจากจังหวัด)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1		(A/B) x 100				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด2		(C/D) x 100				
ระยะเวลาการประเมินผล		ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4				
วิธีการประเมินผล						
เอกสารสนับสนุน		ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		นางสาว กุลธิดา ดอนคำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล		นางสาว กุลธิดา ดอนคำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก				
ยุทธศาสตร์ที่ 2		บริการเป็นเลิศ Service Excellent				
แผนงานที่ 3		พัฒนาระบบสุขภาพตาม Service plan				
โครงการที่ 2.12		โครงการเพิ่มการเข้าถึงสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย				
ชื่อตัวชี้วัด 61		ร้อยละการเข้าถึงบริการสมานิสัน ≥ 50%				



คำนิยาม	การคัดกรองเด็กนักเรียน 4 กลุ่มโรค หมายถึง การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กนักเรียนรายบุคคล โดย คุณครูประจำชั้น ด้วยเครื่องมือ 1.) แบบสังเกตพฤติกรรมสำหรับ 1.1)เด็กสมาธิสั้น 1.2.) ออทิสซึม 1.3.) แอลดี 1.4.) เด็กเรียนรู้ช้า เด็กอายุ 6-15 ปี หมายถึง เด็กอายุ 6 ปี 1 วัน ถึงอายุ 15 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่เรียนในสถานศึกษา ทุกสังกัด ในเขตพื้นที่อำเภอโขงเจียม ระยะเวลาดำเนินงานคัดกรอง เดือนพฤศจิกายน - มีนาคม ประจำปี พ.ศ. นั้นๆ โรคสมาธิสั้นหมายถึง (ADHD-Attention Deficit Hyperactivity Disorder) หมายถึง ภาวะผิดปกติทางจิต เวชที่ส่งผลให้มีสมาธิสั้นกว่าปกติ ขาดการควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้ มีลักษณะอาการซุกซน วอกแวกง่าย ไม่เคยอยู่นิ่ง เวลาที่พูดด้วยจะไม่ตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดไม่ค่อย ได้ ขาดความรับผิดชอบ พบได้ค่อนข้างบ่อยในเด็กที่มีช่วงอายุระหว่าง 3-7 ปี แต่ในรายที่เป็นไม่มาก อาการจะแสดงออกชัดเจนกว่าในช่วงหลัง 7 ขวบขึ้นไป โดยสาเหตุแท้จริงนั้นไม่สามารถทราบได้ชัดเจน แต่หนึ่งในนั้นคือการที่สมองส่วนหน้าซึ่งเป็นส่วนที่ทำหน้าที่ในการควบคุมสมาธิและการยับยั้งชั่งใจทำงานน้อยกว่าปกติ การประเมินเด็กเสี่ยงสมาธิสั้น หมายถึง การประเมินเด็กกลุ่มอายุ 6-15 ปี โดยใช้แบบประเมินตาม แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และการเรียนรู้ช้า โดยคุณครูประจำชั้นเป็นผู้ ประเมินเด็ก และอยู่ใกล้ชิดเด็กเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 เดือน ซึ่งให้ครูประเมินเด็กจากการสังเกต ลักษณะพฤติกรรมหรือปัญหาการเรียนที่เด็กแสดงออกบ่อย ๆ ทั้งนี้ ในเด็ก 1 คน อาจประเมินพบหลาย ภาวะที่สามารถเกิดร่วมกันได้ การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก หมายถึง เด็กอายุ 6-15 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองโดยครู และประเมินซ้ำโดยพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ตามมาตรฐานการจำแนก โรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD 10 หมวด F90.0-F90.9 ที่เข้ารับบริการสะสมรายปี				
เกณฑ์เป้าหมาย					
ปีงบประมาณ2565		ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ร้อยละ50		ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์อย่างทันทั่วทั้งที่ เพราะการรักษาโรคนี้ ต้อง ใช้เวลาและอาศัยความร่วมมือทั้งจากตัวเด็ก พ่อแม่ผู้ปกครอง และคุณครูผู้สอน ซึ่งต้องใช้หลายศาสตร์ ร่วมกันเพื่อผลการรักษาที่ดี 2.เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน นำสู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการดูแลช่วยเหลือเด็กวัยเรียนต่อไป				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-15 ปี ที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านอำเภอโขงเจียม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จนท.สาธารณสุข ประสานและชี้แจงครูประจำชั้นทุกห้องเรียนในโรงเรียนเขตรับผิดชอบ บันทึก ข้อมูลการการคัดกรองเด็กนักเรียนในโปรแกรม “ระบบงานเฝ้าระวังโรคจิตเวชในเด็ก” ในเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี URL : http://www.phoubon.in.th/				



	2.รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงาน และแบบรายงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) แบบการประเมินตามแบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และระบบเฝ้าระวัง โรคจิตเวชในเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2) แบบรายงานผลการประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยงในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 3) การบันทึกข้อมูลการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ในหน่วยบริการ (43 แห่ง)และส่งข้อมูลเข้า HDC จังหวัดอุบลราชธานี ทุกเดือน
แหล่งข้อมูล	1. สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง 2. ระบบเฝ้าระวังโรคจิตเวชในเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล1	A = จำนวนผู้ป่วยอายุ 6-15 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น
รายการข้อมูล2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี คาดประมาณการจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ (สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนดเป้าหมายรายอำเภอให้)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีละ1 ครั้ง
วิธีการประเมินผล	ประเมินผลรอบ เดือนกรกฎาคม-สิงหาคม ประจำปีงบประมาณ
เอกสารสนับสนุน	แบบประเมิน กรมสุขภาพจิต
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาว กุลธิดา ดอนคำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	นางสาว กุลธิดา ดอนคำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก
ยุทธศาสตร์ที่2	Service Excellent โรงพยาบาลโขงเจียม
แผนงานที่3	พัฒนาระบบสุขภาพตาม Service plan
โครงการที่ 2.12	โครงการเพิ่มการเข้าถึงสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย
ชื่อตัวชี้วัด62	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการสุขภาพจิต
ชื่อตัวชี้วัด63	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยกว่า8ต่อ100,000 ปชก
คำนิยาม1	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x เข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการ โรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย
คำนิยาม2	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำสำเร็จ



เกณฑ์เป้าหมาย				
ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ตัวชี้วัด1	≥ ร้อยละ 68	≥ ร้อยละ 68	≥ ร้อยละ 68	≥ ร้อยละ 68
ตัวชี้วัด2	≤ 8 ต่อประชากร แสนคน	≤ 8 ต่อประชากร แสนคน	≤ 8 ต่อประชากร แสนคน	≤ 8 ต่อประชากร แสนคน
วัตถุประสงค์1	1.เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษา มีมาตรฐานต่อเนื่อง ลดความรุนแรง			
วัตถุประสงค์2	1. เพื่อประเมินและช่วยเหลือ กรณีฆ่าตัวตาย หรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง 2. ติดตาม และเฝ้าระวัง ความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และเตรียมความพร้อมต่อการรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย1	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในอำเภอโขงเจียม ณ วันรับบริการ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย2	1.ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอโขงเจียมที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล1	รวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในทุกหน่วยบริการ โดยแยกตามรายอำเภอจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล2	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย			
แหล่งข้อมูล1	ข้อมูลตามระบบรายงาน 43 แพ้ม ระบบรายงาน HDC หน่วยบริการอำเภอโขงเจียม			
แหล่งข้อมูล2	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย			
รายการข้อมูล1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีงบประมาณ 2566 ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของอำเภอโขงเจียม			
รายการข้อมูล2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณของจังหวัดจากความชุกที่ได้จากการสำรวจระดับวิทยาโรคซึมเศร้าปี2551 โดยกรมสุขภาพจิต			
รายการข้อมูล3	C = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ			
รายการข้อมูล4	D = จำนวนประชากรกลางปี			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	$(A/B) \times 100$			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด2	$(C/D) \times 100000$			
ระยะเวลาการประเมินผล1	ไตรมาส 4			
ระยะเวลาการประเมินผล2	ไตรมาส 4			
วิธีการประเมินผล1	ประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายอำเภอ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
วิธีการประเมินผล2	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ			
เอกสารสนับสนุน	1. ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย 2. ชุดข้อมูล 43 แพ้ม			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางขวัญร่า อ่อนศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร. 082-8632990			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	นางขวัญร่า อ่อนศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร. 082-8632990			



ยุทธศาสตร์ที่2	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่3	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan
โครงการที่2.13	โครงการพัฒนางานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอำเภอโขงเจียม
ชื่อตัวชี้วัดที่64	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการ ต้อยาด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
คำนิยาม	1.RDU หมายถึง “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use) การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพโดยใช้ยา ในส่วนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วยระยะเวลาการทานยาที่เหมาะสม มีค่าต่อผู้ป่วย ชุมชนน้อยที่สุด (WHO,1985) โดยการใช้ยาในกรอบบัญชีมี ข้อบ่งชี้ที่สำคัญ คือเป็นยาที่มีคุณภาพมีประสิทธิภาพจริง สนับสนุนด้วย หลักฐานที่เชื่อถือได้ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยง จากการกรใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสมคุ้มค่า ไม่ซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา 2.RDU Hospital หมายถึง โรงพยาบาล รพช. 3.RDU community หมายถึง การออกแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี 3 ระดับ ดังนี้ RDU ขั้นที่ 1 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ระดับโรงพยาบาล 1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมด ในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค RDU ขั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ ระดับโรงพยาบาล 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน, โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน, แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (ปี 2562 เกณฑ์ RI รพช./รพท. ≤ 30 % และ รพช.≤ 20 %, AD ≤ 20 %, FTW ≤ 50 %, APL ≤ 15 %) 3. การใช้ยาNSAIDsผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ10 4. การใช้ยา glibenclamideในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5



	5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค(เกณฑ์ RI $\leq$ 20 %, AD $\leq$ 20 %) RDU ขั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ ระดับโรงพยาบาล -ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย

ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ระดับความสำเร็จของ การดำเนินงาน2	ระดับความสำเร็จของ การดำเนินงาน3	ระดับความสำเร็จ ของการดำเนินงาน3	ระดับความสำเร็จของ การดำเนินงาน3	ระดับความสำเร็จ ของการดำเนินงาน3

วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา 2.เพื่อลดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรในโรงพยาบาลและ รพ.สต.
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม HDC/Cockpit
รายการข้อมูล1	A1 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 2 , A2 = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ขั้น 3
รายการข้อมูล2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
รายการข้อมูล3	C = จำนวนอำเภอที่มีการดำเนินการ RDU Community อย่างน้อย 1 อำเภอ และผ่านเกณฑ์ระดับ 3
รายการข้อมูล4	D = จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	1. $(A1/B) \times 100$ 2. $(A2/B) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด2	3. $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุก 3 เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ)
วิธีการประเมินผล	ตามเกณฑ์RDU
เอกสารสนับสนุน	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. นนทบุรี: สถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การ มหาชน), 2561 พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) พ.ศ.2543
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายพงษ์ธร จงจินากุล ตำแหน่ง เกสัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานเภสัชกรรม
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	นายพงษ์ธร จงจินากุล ตำแหน่ง เกสัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานเภสัชกรรม



ยุทธศาสตร์ที่2	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่3	พัฒนาระบบสุขภาพตาม Service plan
โครงการที่2.14	โครงการพัฒนาระบบการให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกอำเภอโขงเจียม
ชื่อตัวชี้วัดที่65	ร้อยละผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลโขงเจียม ได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ แบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์ปัจจุบัน แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน พยาบาล วิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง การตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การบำบัดหม้อเกลือ - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก - การทำหัตถการอื่นๆตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือบริการอื่นๆที่มีการเพิ่มรหัสภายหลัง การบริการด้านการแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย เช่น - การแพทย์แผนจีน เช่น ฝังเข็ม รมยา ครอบแก้ว/ครอบกระปุก - การให้บริการอื่นๆที่มีการเพิ่มรหัสภายหลัง

เกณฑ์เป้าหมาย

ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ร้อยละ 20.5	ร้อยละ 21	ร้อยละ 21.5	ร้อยละ 22	ร้อยละ 22.5

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลโขงเจียม
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล1	A = จำนวน (ครั้ง) ของการให้บริการทั้งหมดในโรงพยาบาลโขงเจียม
รายการข้อมูล2	B = จำนวน (ครั้ง) ของการให้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลโขงเจียม รวมถึงกลุ่มกิจกรรมการบริการบุคคล (กลุ่ม/บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่บ้าน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละ = (B/A) X100



ระยะเวลาการประเมินผล	ทุกไตรมาส ทุก 6 เดือน รอบที่ 1 (1 ตุลาคม – 31 มีนาคม) รอบที่ 2 (1 เมษายน – 31 ตุลาคม)				
วิธีการประเมินผล	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการการนิเทศงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
เอกสารสนับสนุน	แผนปฏิบัติราชการสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2565				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางอุไรวรรณ มุพิลา ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก 2.นางสาวขวัญสุตา แต้มศรี ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นางอุไรวรรณ มุพิลา ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก 2.นางสาวขวัญสุตา แต้มศรี ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก				
ยุทธศาสตร์ที่2	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนงานที่3	พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
โครงการที่2.14	โครงการกัญชาในผู้ป่วยระดับประครอง				
ชื่อตัวชี้วัดที่ 66	ร้อยละผู้ป่วยระยะประคับประครองได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์				
คำนิยาม	ยา กัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา สำหรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา ผู้ป่วยระดับประครอง หมายถึง ผู้ป่วยในอำเภอโขงเจียมที่ได้รับการวินิจฉัย ด้วยรหัส ICD10 และขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลโขงเจียม คลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยา กัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลโขงเจียม ผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์แผนปัจจุบัน ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้าน ที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาลโขงเจียม				
เกณฑ์เป้าหมาย					
ผลงานปี2565		ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5		เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 15	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 25
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการในกลุ่มผู้ป่วยระยะประคับประครองในอำเภอโขงเจียม				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยระยะประคับประครองในอำเภอโขงเจียม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลจากระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบ C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข 2. Application UBON CANNABIS โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				



	3. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข 4. แบบคัดกรองผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์
แหล่งข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลจากระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบ C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข 2. ฐานข้อมูลจาก Application UBON CANNABIS โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 3. รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล1	A = จำนวนผู้ป่วยระยะประคับประคองในอำเภอโขงเจียมที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์
รายการข้อมูล2	B = จำนวนผู้ป่วยระยะประคับประคองทั้งหมดในอำเภอโขงเจียม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละ = $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุกไตรมาส ทุก 6 เดือน รอบที่ 1 (1 ตุลาคม – 31 มีนาคม) รอบที่ 2 (1 เมษายน – 31 ตุลาคม)
วิธีการประเมินผล	1. ข้อมูลจากระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบ C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจาก Application UBON CANNABIS โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 3. ข้อมูลจาก ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข 4. ข้อมูลจากการนิเทศงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
เอกสารสนับสนุน	1. คู่มือ แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ 2. คู่มือการใช้งานระบบ C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข/HPVC/AUR สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางวิไลวรรณ ทุ่มไมย ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก 2.นางสาวขวัญสุตา แต้มศรี ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นางอุไรวรรณ มุพิลา ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก 2.นางสาวขวัญสุตา แต้มศรี ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์ที่3	บุคลากรเป็นเลิศ(People Excellence)
แผนงานที่1	การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในทุกระดับ
โครงการ	โครงการพัฒนาบุคลากรด้านวิชาการ
โครงการที่ 3.1	โครงการส่งบุคลากรเรียนตามแผน service plan
ชื่อตัวชี้วัดที่ 67	ระดับความสำเร็จของบุคลากรที่ผ่านการอบรมมีการดำเนินการตามแผน



คำนิยาม	แผน service plan หมายถึง แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลโขงเจียมที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข ด้วยหลักการเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ มีระบบบริการที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ จนถึง ศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง มีระบบส่งต่อภายในเครือข่าย เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลที่เบ็ดเสร็จภายในเขต มีการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพ บุคลากรที่ผ่านการอบรม หมายถึง บุคลากรของโรงพยาบาลโขงเจียมที่ผ่านการพัฒนาตามหลักเกณฑ์ที่หลักสูตรกำหนด เช่น การฝึกอบรมตลอดตามหลักสูตร การดำเนินงานตามแผน หมายถึง บุคลากรของโรงพยาบาลโขงเจียมที่ผ่านการอบรมมีการจัดตั้งทีม/หรือหน่วย/หรือคลินิกตามความรู้ที่ได้อบรมมา และมีการเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาทีมหรือหน่วยหรือคลินิกนั้นๆ			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ5
วัตถุประสงค์	1.เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถตาม service plan 2. เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น 3. บุคลากรที่ผ่านการอบรม จะต้องมีการดำเนินการตามแผน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสาธารณสุข ประเภทข้าราชการ สายวิชาชีพ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.แผนการอบรมตาม service plan ประจำปี 2. การดำเนินงานจากความรู้ที่ได้อบรมมาใช้ในการปฏิบัติงาน			
แหล่งข้อมูล	แผนการอบรมประจำปี			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	ระดับความสำเร็จ ระดับ 1 หมายถึง บุคลากรผ่านการอบรมตามแผนไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับ 2 หมายถึง บุคลากรผ่านการอบรมตามแผนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ระดับ 3 หมายถึง บุคลากรผ่านการอบรมนำความรู้มาปฏิบัติงานหรือมีแผนปฏิบัติงานเบื้องต้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของบุคลากรที่อบรมมา ระดับ 4 หมายถึง บุคลากรที่ผ่านการอบรมจัดตั้งทีม/หรือหน่วย/หรือคลินิกตามความรู้ที่ได้อบรมมาไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ระดับ 5 หมายถึง บุคลากรที่ผ่านการอบรมจัดตั้งทีม/หรือหน่วย/หรือคลินิกตามความรู้ที่ได้อบรมมา และมีการเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาทีมหรือหน่วยหรือคลินิกนั้นๆ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50			
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม – 30 กันยายน			
วิธีการประเมินผล	การประเมินหลังการอบรม			
เอกสารสนับสนุน	เอกสารการประเมินการอบรมบุคลากร			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป			



ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผล	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป
-----------------------------	--

ยุทธศาสตร์ที่3	บุคลากรเป็นเลิศ(People Excellence)
แผนงานที่1	การพัฒนาบุคลากร
โครงการที่1.1	โครงการพัฒนาบุคลากรด้านวิชาการ
โครงการย่อยที่3.1	โครงการอบรมตามแผนความต้องการของบุคลากร
ชื่อตัวชี้วัดที่ 68	ร้อยละบุคลากรได้รับการอบรมตามแผนพัฒนาบุคลากรไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60
คำนิยาม	การพัฒนาบุคลากร หมายถึง กระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่น การบรรยาย การฝึกอบรม เป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ(Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด บุคลากร หมายถึง หมายถึงบุคลากรของโรงพยาบาลโขงเจียม 5 กลุ่ม ดังนี้ 1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข 2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่ 2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และแพทย์แผนไทย 2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา 3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ 4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ 5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น การอบรมตามแผน หมายถึง กลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพองค์การโดยเน้นการพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้เกิดความรู้และประสบการณ์เพื่อให้เกิดความรู้และอยู่ร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90



วัตถุประสงค์	1.เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น 2.เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทั้งองค์ความรู้พื้นฐานไปจนถึงองค์ความรู้ใหม่ๆที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพบุคคล
กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสาธารณสุข ประเภทข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พกส. ลูกจ้างชั่วคราว
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แผนการอบรมของบุคลากร ประจำปี
แหล่งข้อมูล	แผนการอบรมประจำปี
รายการข้อมูล1	A =จำนวนบุคลากรเข้าอบรมตามแผน
รายการข้อมูล2	B=จำนวนแผนอบรมประจำปีทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม – 30 กันยายน
วิธีการประเมินผล	ไม่น้อยกว่าร้อยละที่กำหนด
เอกสารสนับสนุน	บุคลากรที่เข้ารับการอบรม
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ยุทธศาสตร์ที่3	บุคลากรเป็นเลิศ(People Excellence)
แผนงานที่1	พัฒนาบุคลากร
โครงการที่3.1	แผนพัฒนาบุคลากรด้านความสามารถเสริม
ชื่อตัวชี้วัดที่ 69	ร้อยละของข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการได้รับการแก้ไข 100 %
คำนิยาม	พฤติกรรมบริการ หมายถึง เป็นการแสดงออกด้านการ สีนหน้า แวดตา กิริยา ท่าทางและการ พูดจา ซึ่ง พฤติกรรมที่ดี ย่อมสร้างความสุข ให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี ได้แก่ การแต่งกายที่สุภาพ สะอาด เรียบร้อย สีนหน้าและแววตาที่ยิ้มแย้ม แจ่มใส อ่อนโยน กิริยาท่าทางที่ สุภาพ อ่อนน้อม การ พูดจา ด้วยน้ำเสียงที่ นุ่มนวล สุภาพ ชัดเจน ให้เกียรติ มีหางเสียง ข้อร้องเรียน หมายถึง เรื่องราวที่ผู้ร้องเรียน ประสงค์ให้ได้รับการปลดเปลื้องความทุกข์ที่ตนได้รับ หรือ เป็นเรื่องที่ผู้ร้องเรียนหรือผู้อื่น หรือสาธารณชนได้รับความเสียหาย และยังรวมถึงข้อขัดแย้งระหว่าง ประชาชนกับประชาชน การทบทวนแก้ไข หมายถึง เครื่องมือที่นำมาใช้ในกระบวนการทำงาน เพื่อทบทวนวิธีการทำงานทั้ง ด้านความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ไม่ใช่การค้นหาคนที่ทำผิดพลาดไม่ใช่การกล่าวโทษ แต่เป็น การทบทวนเพื่อร่วมกันสะท้อน และทบทวนกระบวนการต่าง ๆ นำบทเรียนที่ได้จากความสำเร็จและ ปัญหาที่เกิดขึ้น มาจัดทำและพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น โดย มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน



เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ร้อยละ100	ร้อยละ100	ร้อยละ100	ร้อยละ100
วัตถุประสงค์	1.เพื่อลดอัตราข้อร้องเรียน 2.เพื่อเพิ่มพูนทักษะด้านพฤติกรรมบริการ 3.เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีความสุขในการปฏิบัติงาน 4.เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยเชื่อมั่นในการเข้ารับบริการ		
กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรของโรงพยาบาลโขงเจียมทุกระดับ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.ผู้รับข้อร้องเรียน 2.ข้อมูลออนไลน์ 3 ด้วยวาจาของผู้ร้องเรียน		
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลโขงเจียม		
รายการข้อมูล1	A= จำนวนข้อร้องเรียนที่ได้รับการทบทวนแก้ไข		
รายการข้อมูล2	B= จำนวนข้อร้องเรียนทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาการประเมินผล	รายไตรมาส		
วิธีการประเมินผล			
เอกสารสนับสนุน	แบบสรุปข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลโขงเจียม		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป		

ยุทธศาสตร์ที่3	บุคลากรเป็นเลิศ(People Excellence)
แผนงานที่2	การจัดการบริหารอัตรากำลัง
โครงการที่3.1	โครงการพัฒนาบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน
ชื่อตัวชี้วัดที่ 70	บุคลากรได้รับการต่อและมีใบประกอบวิชาชีพ 100%
ชื่อตัวชี้วัดที่ 71	มีแผนการวางตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น
คำนิยาม	ใบประกอบวิชาชีพ หมายถึง เป็นใบอนุญาตให้สามารถประกอบวิชาชีพนั้น ๆ ตามสาขาที่เรียนมา โดยผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจะต้องมีคุณสมบัติตามที่องค์กรออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพกำหนดไว้ ผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจะไม่สามารถประกอบวิชาชีพนั้น ๆ ได้ ถ้าฝ่าฝืนจะมีโทษตามที่องค์กรวิชาชีพแต่ละองค์กรกำหนดไว้



	ตำแหน่งที่สูงขึ้น หมายถึง ตำแหน่งข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานจ้างเหมาบริการ ที่สามารถเลื่อนตำแหน่งหน้าที่ในระดับที่สูงขึ้นได้ การเลื่อนตำแหน่ง หมายถึง การขยับตำแหน่งจากตำแหน่งเดิมไปสู่ตำแหน่งที่มีระดับสูงขึ้น รวมไปถึงการเปลี่ยนตำแหน่งของ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานจ้างเหมาบริการ			
เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ2566		ปีงบประมาณ2567		ปีงบประมาณ2568
- บุคลากรได้รับการฝึกอบรมประกอบวิชาชีพ 100%		- บุคลากรได้รับการฝึกอบรมประกอบวิชาชีพ 100%		- บุคลากรได้รับการฝึกอบรมประกอบวิชาชีพ 100%
- มีแผนการวางตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น		- มีแผนการวางตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น		- มีแผนการวางตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น
ปีงบประมาณ2569				
- บุคลากรได้รับการฝึกอบรมประกอบวิชาชีพ 100%		- บุคลากรได้รับการฝึกอบรมประกอบวิชาชีพ 100%		
- มีแผนการวางตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น		- มีแผนการวางตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น		
วัตถุประสงค์		1. เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น 2. เพื่อให้มีความต่อเนื่องทางการบริหารและมีการสืบทอดตำแหน่งอย่างเป็นระบบ เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติตามใบประกอบวิชาชีพได้อย่างถูกต้อง		
กลุ่มเป้าหมาย		บุคลากรสาธารณสุข ประเภทข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พกส. ลูกจ้างชั่วคราว		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		แผนการบริหารอัตรากำลัง ระบบ HROPS		
แหล่งข้อมูล		โรงพยาบาลโขงเจียม		
รายการข้อมูล1		A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการต่อและมีใบประกอบวิชาชีพ		
รายการข้อมูล2		B = จำนวนบุคลากรสายวิชาชีพทั้งหมด		
รายการข้อมูล3		C = จำนวนแผนทีวางตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1		(A/B) x100		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด2		มี/ไม่มี		
ระยะเวลาการประเมินผล		ปีละ 1 ครั้ง		
วิธีการประเมินผล		1.บุคลากรที่ได้รับการต่อและมีใบประกอบวิชาชีพ 2.บุคลากรที่ได้รับการวางตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น		
เอกสารสนับสนุน		1.การต่อและมีใบประกอบวิชาชีพ 2.มีการวางแผนตำแหน่ง		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล		1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป		



ยุทธศาสตร์ที่3	บุคลากรเป็นเลิศ(People Excellence)		
แผนงานที่2	การจัดการบริหารอัตรากำลัง		
โครงการที่3.1	โครงการพัฒนาบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน		
ชื่อตัวชี้วัดที่ 72	ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการอัตรากำลังทดแทนสำเร็จภายในหน่วยงาน		
คำนิยาม	อัตรากำลังทดแทน หมายถึง การดำเนินการเสนอขออนุมัติอัตรากำลังทดแทนจากหน่วยงาน เพื่อพิจารณาอนุมัติในหลักการจ้างบุคลากรทดแทนบุคลากรที่ลาออก สำหรับใช้บริหารจัดการให้เพียงพอ กับภาระงานที่ต้องปฏิบัติ ความสำเร็จ หมายถึง การทำเป้าหมายที่วางไว้ได้ประสบผลสำเร็จ บรรลุตามจุดประสงค์ที่ตั้งใจ		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ไม่ต่ำกว่าระดับ 5	ไม่ต่ำกว่าระดับ 5	ไม่ต่ำกว่าระดับ 5	ไม่ต่ำกว่าระดับ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อเตรียมจัดอัตรากำลังบุคลากรทดแทนให้เพียงพอต่องาน		
กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสาธารณสุข ประเภทข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พกส. ลูกจ้างชั่วคราว		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสรรหาอัตรากำลังทดแทนเพื่อให้เพียงพอต่อการทำงาน		
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลโขงเจียม		
รายการข้อมูล1	-		
รายการข้อมูล2	-		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	ระดับความสำเร็จ 5 ชั้น		
เกณฑ์การประเมิน	ระดับความสำเร็จ 5 ชั้น ระดับ 1 หมายถึง มีการวางแผนบุคลากรในการปฏิบัติหน้าที่แทน ระดับ 2 หมายถึง มีการปฏิบัติตามแผนในการปฏิบัติหน้าที่แทน ระดับ 3 หมายถึง สามารถปฏิบัติงานแทนได้บางส่วน ระดับ 4 หมายถึง สามารถปฏิบัติงานแทนได้ดี ระดับ 5 หมายถึง สามารถปฏิบัติงานแทนได้ในระดับดี 100%		
ระยะเวลาการประเมินผล	1ครั้ง/ปีงบประมาณ		
วิธีการประเมินผล	การจัดอัตรากำลังทดแทน		
เอกสารสนับสนุน	-		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทรจิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทรจิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป		



ยุทธศาสตร์ที่3	บุคลากรเป็นเลิศ(People Excellence)			
แผนงานที่2	การจัดการบริหารอัตรากำลัง			
โครงการที่3.1	โครงการดูแลผู้เกษียณ			
ชื่อตัวชี้วัดที่ 73	มีแผนการจัดตำแหน่งล่วงหน้า 3 ปี ในการเตรียมความพร้อมเพื่อทดแทนผู้เกษียณ			
คำนิยาม	ผู้เกษียณ หมายถึง การออกจากตำแหน่งหรือหน้าที่การงาน เมื่อลาออกจากตำแหน่ง หรือเมื่ออายุครบ 60 ปี ถือว่าเป็นการเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญมากของผู้เกษียณอายุ			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
	มีแผนการจัดตำแหน่งล่วงหน้า 3 ปีในการเตรียมความพร้อมเพื่อทดแทนผู้เกษียณ	มีแผนการจัดตำแหน่งล่วงหน้า 3 ปีในการเตรียมความพร้อมเพื่อทดแทนผู้เกษียณ	มีแผนการจัดตำแหน่งล่วงหน้า 3ปีในการเตรียมความพร้อมเพื่อทดแทนผู้เกษียณ	มีแผนการจัดตำแหน่งล่วงหน้า 3 ปีในการเตรียมความพร้อมเพื่อทดแทนผู้เกษียณ
วัตถุประสงค์	1. เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพและความพร้อมของบุคลากรในการสืบทอดตำแหน่ง 2. เพื่อศึกษาปัญหาในการวางแผนสืบทอดตำแหน่ง 3. เพื่อหาแนวทางการวางแผนสืบทอดตำแหน่ง 4. เพื่อให้มั่นใจว่ามีแนวทางในการสร้างความสำเร็จให้กับเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ 5. เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการทำงานไว้ล่วงหน้า 6. เพื่อลดความผิดพลาดและลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน 7. เพื่อจัดลำดับความสำคัญและเร่งด่วนของการทำงานไว้ล่วงหน้า 8. เพื่อใช้ในการมอบหมายงานให้กับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะทุกคนจะทราบว่าใครจะต้องทำอะไร เมื่อไหร่ อย่างไร 9. เพื่อใช้ในการกำหนดงบประมาณค่าใช้จ่ายประจำปี เพื่อให้แผนที่วางไว้มีความเป็นไปได้และใกล้เคียงกับการที่จะปฏิบัติจริงให้มากที่สุด			
กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรที่อยู่ในช่วงก่อนเกษียณอายุราชการ 5ปี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จำนวนผู้เตรียมเกษียณ			
แหล่งข้อมูล	-			
รายการข้อมูล1	-			
รายการข้อมูล2	มี/ไม่มี			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	-			
เกณฑ์การประเมิน	1ครั้ง/ปีงบประมาณ			
ระยะเวลาการประเมินผล				
วิธีการประเมินผล	ข้อมูลผู้เตรียมเกษียณอายุราชการ			
เอกสารสนับสนุน	รายชื่อผู้เตรียมเกษียณอายุราชการ			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป			



ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผล	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป
-----------------------------	---

ยุทธศาสตร์ที่3	บุคลากรเป็นเลิศ(People Excellence)
แผนงานที่2	เพิ่มความสุขของบุคลากร
โครงการที่3.2	โครงการบริหารจัดการบุคลากร
ชื่อตัวชี้วัดที่ 74	ร้อยละบุคลากรผ่านการประเมิน smart people ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50
คำนิยาม	โขงเจียม Smart people หมายถึง บุคลากรของโรงพยาบาลโขงเจียมมีความรู้ความคิดสร้างสรรค์มุ่งพัฒนาแนวคิดสร้างเสริมสิ่งใหม่เพื่อพัฒนาตนเอง 4ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ความสามารถ บุคลิกภาพ และพฤติกรรมด้านการบริการ

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถและบุคลิกภาพ การทำงาน พฤติกรรมด้านการบริการ ลดอัตราข้อร้องเรียน 2. เพื่อให้บุคลากรมีทัศนคติที่ดีในการปรับปรุงงาน และการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข
กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรของโรงพยาบาลโขงเจียมทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลบุคลากรผู้เข้าร่วมอบรมและประเมินตามแผน
แหล่งข้อมูล	1.ทะเบียนเข้ารับการอบรม 2.แบบประเมินบุคลากร
รายการข้อมูล1	A= จำนวนบุคลากรที่ผ่านการประเมิน
รายการข้อมูล2	B= จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลโขงเจียม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	
วิธีการประเมินผล	
เอกสารสนับสนุน	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผล	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป



ยุทธศาสตร์ที่3	บุคลากรเป็นเลิศ(People Excellence)											
แผนงานที่2	การจัดการบริหารอัตรากำลัง											
โครงการที่3.2	โครงการบริหารจัดการบุคลากร - กิจกรรมแนะแนว - training											
ชื่อตัวชี้วัดที่ 75	ร้อยละบุคลากรใหม่ได้รับการปฐมนิเทศและผ่านการประเมิน 100 %											
คำนิยาม	1.การปฐมนิเทศ หมายถึง การชี้แจงเบื้องต้น เพื่อให้พนักงานใหม่ ได้รู้เรื่องราวต่างๆ เกี่ยวกับองค์กร ที่เขาจะเข้ามาดำเนินชีวิตด้วยความสูงและพอใจในหน้าที่การงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการเตรียมความพร้อมในด้านจิตใจ ให้เกิดความรัก ความผูกพันที่จะร่วมทำงานภายใต้ความศรัทธา ไว้วางใจในการอยู่ทำงานกับองค์กรตั้งแต่ต้น 2.กิจกรรมแนะแนว หมายถึง กระบวนการที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันระหว่างผู้ที่มีปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือและผู้แนะแนวที่ผ่านการฝึกอบรมมาอย่างดี รวมทั้งผ่านการศึกษาเกี่ยวกับการแนะแนวมาแล้ว มีจุดมุ่งหมายปลายทางที่จะช่วยเหลือให้ผู้ประสบปัญหาได้มีโอกาสเรียนรู้ที่จะเผชิญกับสภาพความเป็นจริงและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3.Training หมายถึง การฝึกอบรมกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีระบบ เพื่อให้บุคคลได้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง กระทั่งเปลี่ยนพฤติกรรมไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด ตลอดจนพัฒนาความสามารถจนเกิดทักษะและความชำนาญ											
เกณฑ์เป้าหมาย												
<table><tr><td>ปีงบประมาณ2566</td><td>ปีงบประมาณ2567</td><td>ปีงบประมาณ2568</td><td>ปีงบประมาณ2569</td></tr><tr><td>ร้อยละ100</td><td>ร้อยละ100</td><td>ร้อยละ100</td><td>ร้อยละ100</td></tr></table>					ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569	ร้อยละ100	ร้อยละ100	ร้อยละ100	ร้อยละ100
ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569									
ร้อยละ100	ร้อยละ100	ร้อยละ100	ร้อยละ100									
วัตถุประสงค์	1.เพื่อสร้างความพร้อมให้บุคลากรใหม่ ในการปรับตัวเข้ากับองค์กร 2.เพื่อให้บุคลากรใหม่ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3.เพื่อให้บุคลากรใหม่เกิดทัศนคติที่ดีต่อองค์กร 4.เพื่อให้บุคลากรได้ทราบสถานการณ์การทำงาน 5.เพื่อให้บุคลากรเริ่มทำงานอย่างถูกต้องและปลอดภัย 6.เพื่อให้บุคลากรเข้าร่วมงานด้วยความรู้สึกที่ดีต่อผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน											
กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสาธารณสุข ประเภทข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พกส. ลูกจ้างชั่วคราว											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประเมินบุคลากร											
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลโขงเจียม											
รายการข้อมูล1	A= รายชื่อบุคลากรใหม่ที่ได้รับการปฐมนิเทศและผ่านการประเมิน											
รายการข้อมูล2	B= บุคลากรใหม่ทั้งหมด											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X100											
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง											
วิธีการประเมินผล	บุคลากรใหม่ที่ได้รับการปฐมนิเทศและผ่านการประเมินตามแบบประเมินของแต่ละหน่วยงาน											
เอกสารสนับสนุน	บุคลากรใหม่ที่ได้รับการปฐมนิเทศและผ่านการประเมินตามแบบประเมินของแต่ละหน่วยงาน											
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร											



ประธานงานตัวชีวิต	ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ยุทธศาสตร์ที่3	บุคลากรเป็นเลิศ(People Excellence)
แผนงานที่2	การจัดการบริหารอัตรากำลัง
โครงการย่อยที่3.4	แผนการตรวจสอบสุขภาพประจำปีสำหรับเจ้าหน้าที่เตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยเกษียณ
ชื่อตัวชีวิตที่ 76	จำนวนบุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีทุกคน
ชื่อตัวชีวิตที่ 77	จำนวนบุคลากรที่มีความผิดปกติได้รับการดูแลทุกคน
คำนิยาม	1.การตรวจสอบสุขภาพประจำปี หมายถึง การตรวจอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย รวมถึงการทำงานของระบบต่าง ๆ เพื่อหาความเสี่ยง และความผิดปกติที่อาจจะนำไปสู่โรคร้ายในอนาคตได้ เช่น ตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจหาระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือด ตรวจระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ตรวจการทำงานของไต ตรวจการทำงานของตับ แก่บุคลากรของโรงพยาบาลโขงเจียม 2.ความผิดปกติทางร่างกาย หมายถึง บุคคลของโรงพยาบาลโขงเจียมที่มีความผิดปกติ บกพร่องหรือสูญเสียอวัยวะ ส่วนใดส่วนหนึ่งร่างกายทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ดีหรือมีอาการเกร็งภายหลังการตรวจสอบสุขภาพประจำปี

เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
- จำนวนบุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพ 100%	- จำนวนบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพ 100%	- จำนวนบุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพ 100%	- จำนวนบุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพ 100%
- บุคลากรที่มีความผิดปกติได้รับการดูแล 100%	- บุคลากรที่มีความผิดปกติได้รับการดูแล 100%	- บุคลากรที่มีความผิดปกติได้รับการดูแล 100%	- บุคลากรที่มีความผิดปกติได้รับการดูแล 100%

วัตถุประสงค์	1.เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของบุคลากร 2.เพื่อลดจำนวนผู้มีผลการตรวจสุขภาพผิดปกติได้น้อยและกลับมามีสุขภาพที่ดีขึ้น 3.เพื่อให้บุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพเป็นประจำทุกปี 4.เพื่อให้บุคลากรมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน 5.เพื่อให้องค์กรมีข้อมูล ในการหาแนวทางช่วยเหลือและป้องกันปัญหาสุขภาพให้บุคลากร 6.เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพให้บุคลากรในหน่วยงาน 7.เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคที่ป้องกันได้ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสาธารณสุข ประเภทข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พกส. ลูกจ้างชั่วคราว
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของบุคลากร
แหล่งข้อมูล	1.โปรแกรมHI



	2.แบบสรุปรายงานผลการตรวจสอบประจำปี
รายการข้อมูล1	A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการตรวจสอบ
รายการข้อมูล2	B = จำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน
รายการข้อมูล3	C = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการดูแล
รายการข้อมูล4	D = จำนวนบุคลากรที่มีความผิดปกติ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	$(A/B) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด2	$(C/D) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
วิธีการประเมินผล	รายงานการตรวจสอบประจำปีของบุคลากร
เอกสารสนับสนุน	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทรีจิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทรีจิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ยุทธศาสตร์ที่3	บุคลากรเป็นเลิศ(People Excellence)
แผนงานที่2	การจัดการบริหารอัตรากำลัง
โครงการที่3.8	โครงการพัฒนาบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน
โครงการย่อยที่3.8.1	แผนการใช้ข้อมูลจัดสรรอัตรากำลังปรับจ.18 FTE Product
ชื่อตัวชี้วัดที่78	ร้อยละของการแก้ไขข้อมูลในระบบ HROPS เป็นปัจจุบัน 100%
ชื่อตัวชี้วัดที่79	ร้อยละของหน่วยงานมีการประเมิน Productivity
คำนิยาม	ข้อมูลในระบบ HROPS หมายถึง ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข การประเมิน Productivity หมายถึง ตัวชี้วัดความสำเร็จในการบริหารจัดการต้นทุนทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น วัตถุประสงค์ เวลา และบุคลากร เพื่อสร้างผลกำไรสูงสุดหรือผลผลิตที่ตอบโจทย์ทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
- ร้อยละของการแก้ไขข้อมูลในระบบ HROPS ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100	- ร้อยละของการแก้ไขข้อมูลในระบบ HROPS ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100	- ร้อยละของการแก้ไขข้อมูลในระบบ HROPS ไม่ต่ำกว่าร้อยละ100	-ร้อยละของการแก้ไขข้อมูลในระบบ HROPS ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100
- ร้อยละของหน่วยงานมีการประเมินProductivity ไม่ต่ำกว่าร้อยละ60	- ร้อยละของหน่วยงานมีการประเมิน Productivity ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70	- ร้อยละของหน่วยงานมีการประเมินProductivity ไม่ต่ำกว่าร้อยละ80	- ร้อยละของหน่วยงานมีการประเมินProductivity ไม่ต่ำกว่าร้อยละ90



วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีความรู้ เข้าใจ การใช้งานระบบงานสารสนเทศ HROPS 2.เพื่อการบริหารจัดการบุคลากรและนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงถูกต้องตามกระบวนการและวิธีการทำงานตามระเบียบแบบแผน
กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสาธารณสุข ประเภทข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พกส. ลูกจ้างชั่วคราว
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบ HROPS
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) โรงพยาบาลโขงเจียม
รายการข้อมูล1	A= จำนวนข้อมูลบุคลากรในระบบ HROPS ได้รับการแก้ไข
รายการข้อมูล2	B= จำนวนข้อมูลบุคลากรทั้งหมดในระบบ HROPS
รายการข้อมูล3	C= จำนวนบุคลากรในหน่วยงานจำนวนบุคลากรในหน่วยงานประเมิน Productivity
รายการข้อมูล4	D=จำนวนบุคลากรในหน่วยงานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	$(A/B) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด2	$(C/D) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
เกณฑ์การประเมิน	1.จำนวนข้อมูลบุคลากรในระบบ HROPS ได้รับการแก้ไข2.บุคลากรในหน่วยงานประเมิน Productivity
วิธีการประเมินผล	วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบ HROPS
เอกสารสนับสนุน	ระบบ HROPS
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ยุทธศาสตร์ที่3	บุคลากรเป็นเลิศ(People Excellence)		
แผนงานที่2	เพิ่มความสุขของบุคลากร		
โครงการที่3.4	แผนการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับเจ้าหน้าที่เตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยเกษียณ		
ชื่อตัวชี้วัดที่ 80	มีการจัดกิจกรรมตามโครงการเกษียณภาคภูมิ		
คำนิยาม	ผู้เกษียณ หมายถึง การออกจากตำแหน่งหรือหน้าที่การงาน เมื่ออายุครบ 60 ปี เป็นการเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญมากของผู้เกษียณอายุ		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
-มีการจัดกิจกรรมตามโครงการ	-มีการจัดกิจกรรมตามโครงการ	-มีการจัดกิจกรรมตามโครงการ	-มีการจัดกิจกรรมตามโครงการ



วัตถุประสงค์	1.ได้มีความรู้ความเข้าใจธรรมชาติในด้านต่าง ๆ ของผู้เกษียณ แนวทางการบริหารการเงิน หลังเกษียณ ตลอดจนแนวทางปฏิบัติตนในเรื่องการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต อาหาร และการ ออกกำลังกาย 2.ได้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสวัสดิการ สิทธิประโยชน์ การบริการที่จัดให้แก่ผู้เกษียณ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทัศนคติที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตและเสริมสร้างความสัมพันธ์หลังเกษียณ
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้เกษียณในหน่วยงาน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จำนวนผู้เกษียณ
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลโขงเจียม
รายการข้อมูล1	-
รายการข้อมูล2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	มี/ไม่มี
เกณฑ์การประเมิน	-
ระยะเวลาการประเมินผล	1ครั้ง/ปีงบประมาณ
วิธีการประเมินผล	ข้อมูลผู้เกษียณอายุราชการ
เอกสารสนับสนุน	รายชื่อผู้เกษียณอายุราชการ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ยุทธศาสตร์ที่3	บุคลากรเป็นเลิศ(People Excellence)		
แผนงานที่2	การจัดการบริหารอัตรากำลัง		
โครงการที่3.4	แผนการตรวจสอบสุขภาพประจำปีสำหรับเจ้าหน้าที่เตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยเกษียณ		
ชื่อตัวชี้วัดที่ 81	มีการจัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยเกษียณตามโครงการ		
คำนิยาม	เกษียณ หมายถึง การออกจากตำแหน่งหรือหน้าที่การงาน เมื่อลาออกจากตำแหน่ง หรือเมื่ออายุครบ 60 ปี ถือว่าเป็นการเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญมากของผู้เกษียณอายุ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยเกษียณ หมายถึง เป็นการวางแผนการดำเนินการหรือการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อ เป็นการเตรียมตัวในการดำเนินชีวิตภายหลังเกษียณอายุทำงาน		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
-มีการจัดกิจกรรมตามโครงการ	-มีการจัดกิจกรรมตามโครงการ	-มีการจัดกิจกรรมตามโครงการ	-มีการจัดกิจกรรมตามโครงการ



วัตถุประสงค์	วางแผนการดำเนินการหรือการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อเป็นการเตรียมตัวในการดำเนินชีวิตภายหลังเกษียณอายุทำงานแก่บุคลากรโรงพยาบาลโงเจียม
กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรที่อยู่ในช่วงก่อนเกษียณอายุราชการ 5 ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จำนวนผู้เตรียมเกษียณ
แหล่งข้อมูล	-
รายการข้อมูล1	-
รายการข้อมูล2	มี/ไม่มี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	-
เกณฑ์การประเมิน	1ครั้ง/ปีงบประมาณ
ระยะเวลาการประเมินผล	
วิธีการประเมินผล	ข้อมูลผู้เตรียมเกษียณอายุราชการ
เอกสารสนับสนุน	รายชื่อผู้เตรียมเกษียณอายุราชการ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.น.ส.จิราวรรณ ทองเพชร ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ธุรการปฏิบัติงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.น.ส. จันทร์จิรา เพิ่มพูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ยุทธศาสตร์ที่3	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่3	การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการด้านสุขภาพ
โครงการที่3.5	โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA
ชื่อตัวชี้วัดที่82	โรงพยาบาลผ่านการรับรอง Reaccreditation-3
คำนิยาม	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต จำนวน 6 แห่ง -โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 22 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลสำนักบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561) HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของ สถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้ - HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหา มาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคย เกิด/มีโอกาสเกิดสูง - HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/ กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญ ทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป - HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเอง ตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตาม มาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน



เกณฑ์เป้าหมาย				
ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ผ่าน (2564)	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรโรงพยาบาล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.1 รายงาน 1.2 ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th / สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง			
แหล่งข้อมูล	1.1 รายงาน 1.2 ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th / สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง			
รายการข้อมูล1	-			
รายการข้อมูล2	-			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	ผ่าน/ไม่ผ่าน			
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุก 3 ปี			
วิธีการประเมินผล	ผู้เยี่ยมสำรวจจาก สรพ.			
เอกสารสนับสนุน	มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับที่ 5 และจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th / สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายพงษ์ศธร จงจินากุล ตำแหน่ง เกสัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานเภสัชกรรม 2.นางสไบพร ศรีเนตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นายพงษ์ศธร จงจินากุล ตำแหน่ง เกสัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานเภสัชกรรม 2.นางสไบพร ศรีเนตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ			

ยุทธศาสตร์ที่3	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่3	การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการด้านสุขภาพ
โครงการที่3.5	โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA
ชื่อตัวชี้วัดที่ 83	ร้อยละทีมนำ/ทีมคร่อมได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ
คำนิยาม	1.บุคลากรทีมนำ หมายถึง ประธาน เลขานุการ และผู้ช่วยเลขานุการ ทีม PTC, PCT, IC, IM, RM, ENV, HRD, QMR ของโรงพยาบาลโงเจียมตามมาตรฐานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 2.การอบรมพัฒนาศักยภาพ หมายถึง การอบรมที่จัดขึ้นจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล Onsite



เกณฑ์เป้าหมาย				
ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
0	70	80	90	100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมนำ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประธาน เลขาธิการ หรือผู้ช่วยเลขานุการทีมนำต่างๆของโรงพยาบาลโขงเจียม			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน			
แหล่งข้อมูล	รายงานการเข้าร่วมอบรม			
รายการข้อมูล1	A= ทีมนำได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพและรายงานผลการอบรม			
รายการข้อมูล2	B= จำนวนทีมนำทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)x100			
ระยะเวลาการประเมินผล	หลังการเข้าร่วมอบรมตามระยะเวลา			
วิธีการประเมินผล	ใบประกาศหลังจากเข้าร่วมอบรม			
เอกสารสนับสนุน	จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายพงษ์ศธร จงจินากุล ตำแหน่ง เกษตรกรปฏิบัติการ กลุ่มงานเกษตรกรรม 2.นางสไบพร ศรีเนตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นายพงษ์ศธร จงจินากุล ตำแหน่ง เกษตรกรปฏิบัติการ กลุ่มงานเกษตรกรรม 2.นางสไบพร ศรีเนตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ			
ยุทธศาสตร์ที่3	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนงานที่3	การพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการด้านสุขภาพ			
โครงการที่3.5	โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA			
ชื่อตัวชี้วัดที่ 84	จำนวนผลงานวิจัย CQI หรือ R2R ระดับจังหวัดขึ้นไป (ผลงาน)			
คำนิยาม	CQI (Continuous Quality Improvement) หมายถึง การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้งโดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ R2R หมายถึง (Routine to Research) หมายถึง การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย” ผลลัพธ์ของ R2R ไม่ได้มุ่งหวังเพียงแค่ได้ผลงานวิจัยเท่านั้น แต่มีเป้าหมายที่จะนำผลงานวิจัย R2R ไปใช้พัฒนางานประจำนั้น ๆ ด้วย			
เกณฑ์เป้าหมาย				
ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
0	1	1	1	2
วัตถุประสงค์	1.เพื่อพัฒนาบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลให้เกิดกระบวนการการเรียนรู้ 2.เพื่อให้โรงพยาบาลมีผลงานด้านวิชาการที่มาจากพัฒนางานของบุคลากร			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรของโรงพยาบาลโขงเจียม			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน			



แหล่งข้อมูล	ผลงานที่ได้นำเสนอระดับจังหวัด
รายการข้อมูล1	-
รายการข้อมูล2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	จำนวนผลงานวิจัยที่ได้รับการนำเสนอ/เรื่อง
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีงบประมาณ
วิธีการประเมินผล	เกณฑ์ประเมิน CQI, R2R คัดเลือกผลงานที่นำเสนอโดยเรียนเชิญคณะกรรมการจากเอกชนมาตัดสินผลงานในโรงพยาบาล
เอกสารสนับสนุน	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายพงษ์ศธร จงจินากุล ตำแหน่ง เกษตรกรปฏิบัติการ กลุ่มงานเกษตรกรรม 2.นางสไบพร ศรีเนตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นายพงษ์ศธร จงจินากุล ตำแหน่ง เกษตรกรปฏิบัติการ กลุ่มงานเกษตรกรรม 2.นางสไบพร ศรีเนตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ

ยุทธศาสตร์ที่3	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่3	การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการด้านสุขภาพ
โครงการที่3.5	โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA
ชื่อตัวชี้วัด85	ระดับความสำเร็จการจัดทำเอกสารงานคุณภาพ
คำนิยาม	เอกสารคุณภาพ หมายถึง 1. การทบทวน/ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง 2. การประชุม ทบทวนการนำองค์กร วิสัยทัศน์ พันธกิจ คัดเลือกตัวชี้วัดหาโอกาสพัฒนา 3. แผน ควบคุมการปฏิบัติงาน 4. กิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรม ต่อเนื่อง 5. การประกาศใช้ นโยบาย 2P Safety ใน รพ. 6. กระบวนการค้นหา CQI/Innovation/Best practice

เกณฑ์เป้าหมาย

ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568	ปีงบประมาณ2569
ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับ 1 1 คะแนน	ระดับ 2 2 คะแนน	ระดับ 3 3 คะแนน	ระดับ 4 4 คะแนน	ระดับ 5 5 คะแนน
โรงพยาบาล ทุกระดับ	-มีการทบทวน/ แต่งตั้งคณะกรรมการ พัฒนาคุณ	-มีการจัดทำแผน ควบคุมการ ปฏิบัติงาน	-มีการประกาศใช้ นโยบาย2P Safety ใน รพ.	-ผู้รับบริการมีความ พึงพอใจไม่น้อยกว่า ร้อยละ80	-ผ่านการรับรองต่อ อายุจาก สรพ. -มีผลงานCQI/



	ภาพต่อเนื่อง -มีการประชุม ทบทวน การนำองค์กร วิสัยทัศน์ พันธกิจ คัดเลือกตัวชี้วัด หาโอกาสพัฒนาใน รูปแบบคณะกรรมการ	-มีการจัดสรร งบประมาณ สนับสนุนกิจกรรม การดำเนินการ -มีการจัดกิจกรรม ทบทวน 12 กิจกรรม ต่อเนื่อง	-มีกระบวนการ ดำเนินงานปรับปรุง พัฒนาแต่ละระบบ งานอย่างต่อเนื่อง -มีการควบคุม กำกับ การ ดำเนินงานให้ เป็นไปตามTime Lineของแต่ละ รพ. -มีกระบวนการ ค้นหาCQI/Inno vation/ Best practice	-มีผลงานCQI/ Innovation/ Best Practice - รพศ./รพท.ต้อง มีอย่างน้อย 12 เรื่อง -รพช.ต้องมีอย่าง น้อย 6 เรื่อง	Innovation / Best practice นำเสนอในเวทีงาน วิชา การระดับ จังหวัดขึ้นไป - รพศ./รพท. อย่างน้อย 5 เรื่อง -รพช. อย่างน้อย 3 เรื่อง
วัตถุประสงค์	1.เพื่อพัฒนางานคุณภาพของโรงพยาบาล 2.เพื่อให้โรงพยาบาลมีเอกสารด้านคุณภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรโรงพยาบาล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เอกสารรายงาน				
แหล่งข้อมูล	1. รายงาน 2. ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับ ประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง				
รายการข้อมูล1	-				
รายการข้อมูล2	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	ระดับความสำเร็จ				
ระยะเวลาการประเมินผล	ตามเกณฑ์ Ranking สสจ.				
วิธีการประเมินผล	1.1 จากเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล 1.2 ข้อมูลที่จัดเก็บจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง				
เอกสารสนับสนุน	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายพงษ์ศธร จงจินากุล ตำแหน่ง เกสัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานเภสัชกรรม 2.นางสไบพร ศรีเนตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ				
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผล	1.นายพงษ์ศธร จงจินากุล ตำแหน่ง เกสัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานเภสัชกรรม 2.นางสไบพร ศรีเนตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ				



ยุทธศาสตร์ที่3	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนงานที่3	การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการด้านสุขภาพ			
โครงการที่3.5	โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA			
ชื่อตัวชี้วัดที่86	ระยะเวลารอคอยตั้งแต่ลงทะเบียนจนถึงแพทย์ตรวจโรคเสร็จ(83นาที)เสริมสร้างความประทับใจแก่ผู้รับบริการ			
คำนิยาม	ระยะเวลารอคอย หมายถึง ระยะเวลาในการเข้ารับบริการตั้งแต่ผู้ป่วยลงทะเบียนจนถึงขั้นตอนที่แพทย์ตรวจโรคเสร็จในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลโขงเจียม			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568
	81นาที	80	75	70
วัตถุประสงค์	เพื่อลดระยะเวลารอคอยและเสริมสร้างความประทับใจแก่ผู้รับบริการ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก			
วิธีการเก็บข้อมูล	เก็บมือ/แฟ้มเอกสารการบันทึกระยะเวลารอคอยงานผู้ป่วยนอก			
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม HI			
รายการข้อมูล1	A=ระยะเวลารอคอยรับบริการ/วัน			
รายการข้อมูล2	B=จำนวนวันที่ให้บริการ/เดือน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด1	A/B			
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุก3เดือน(รายไตรมาส)			
วิธีการประเมินผล	-			
เอกสารสนับสนุน	-			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางอัญชนา มุงคุณดา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นายพงษ์ศธร จงจินากุล ตำแหน่ง เกษตรกรปฏิบัติการ กลุ่มงานเกษตรกรรม 2.นางสไบพร ศรีเนตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ			

ยุทธศาสตร์ที่ 4	การบริหารเป็นเลิศด้วยหลักธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนงานที่ 1	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ
โครงการที่ 4.1	โครงการเสริมสร้างวินัยและระบบคุณธรรมในหน่วยงาน
ชื่อตัวชี้วัดที่87	ร้อยละหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) (MOPH Integrity and Transparency Assessment : ITA)
คำนิยาม	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริการส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA)เป็นไปภายใต้แนวคิดยิ่งเปิดยิ่งโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริการส่วนภูมิภาค มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร



	หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการในทุกมิติของหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการส่วนภูมิภาค ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ(Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้ ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามที่ปฏิทินกำหนด จำแนกเป็น 8 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (1)ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (2) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (3) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (4) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (5)ตัวชี้วัดการรับสินบน (6) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของทางราชการ (7) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต และ (8) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร											
เกณฑ์เป้าหมาย												
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 2566</td><td>ปีงบประมาณ 2567</td><td>ปีงบประมาณ 2568</td><td>ปีงบประมาณ 2569</td></tr><tr><td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 92</td><td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 92</td><td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 92</td><td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 92</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 92	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 92	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 92	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 92
ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569									
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 92	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 92	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 92	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 92									
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้รับทราบถึงสถานะและปัญหาการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 2. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขราชการส่วนภูมิกานำมาตรการป้องกันและการปราบปรามการทุจริตทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติงาน มาบังคับใช้และปฏิบัติอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร 3. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้มีการจัดการข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบระเบียบ เตรียมความพร้อมในการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะให้ได้รับทราบและส่งเสริมให้เกิดการตรวจสอบ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลโขงเจียม 2. สาธารณสุขอำเภอ											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตอบคำถามและแนบเอกสาร/หลักฐาน ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะในระบบ Mitas และให้คะแนนการประเมินตามรอบการประเมิน ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน ธันวาคมของทุกปี) ประเมินตามระดับความสำเร็จ 5 ระดับ ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน เดือนมีนาคมของทุกปี) เกณฑ์ประเมินต้องผ่านร้อยละ 82 ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน เดือนมิถุนายนของทุกปี) เกณฑ์ประเมินต้องผ่านร้อยละ 87 ไตรมาสที่ 4 และ (รอบ 12 เดือน เดือนกันยายนของทุกปี) เกณฑ์ประเมินต้องผ่านร้อยละ 92											
แหล่งข้อมูล	1. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ 2. ระบบ Mitas (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)											
รายการข้อมูล 1	A=ค่าคะแนนรวมทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะผ่านเกณฑ์ร้อยละ 92 (ใน 1 ปี)											
รายการข้อมูล 2	B = ค่าคะแนนรวมตามเกณฑ์ประเมินทั้งหมด											



สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)×100
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายวรยุทธ เลิศแล้ว ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.นางกมลพรรณ เนเวลา ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป
ผู้รับผิดชอบรายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นายวรยุทธ เลิศแล้ว ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2.นางกมลพรรณ เนเวลา ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ยุทธศาสตร์ที่ 4	การบริหารเป็นเลิศด้วยหลักธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนงานที่ 1	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ
โครงการที่ 4.1	โครงการเสริมสร้างวินัยและระบบคุณธรรมในหน่วยงาน
ชื่อตัวชี้วัดที่ 88	ร้อยละของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) ร้อยละ 90
คำนิยาม	ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการสร้างประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง เพื่อแก้ไขปัญหาวิกฤติทางการเงินของหน่วยงานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยได้กำหนดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านการบริหารการเงิน สามารถควบคุมปัญหาทางการเงินระดับ 7 ของหน่วยบริการ จึงได้กำหนดเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังเพื่อช่วยสนับสนุนให้เกิดการสร้างประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง จึงได้กำหนดการพัฒนา ระบบการควบคุมภายใน 5 มิติโดยกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและกำหนดเป็นตัวชี้วัดหน่วยบริการทุกแห่ง 1.การควบคุมภายใน หมายความว่า กระบวนการปฏิบัติงานที่ผู้กำกับดูแล หัวหน้าหน่วยงานของรัฐกลุ่มงานบริหาร และบุคลากรของหน่วยงานของรัฐจัดให้มีขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐจะบรรลุวัตถุประสงค์ด้านการดำเนินงาน ด้านรายงาน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ 2. ระบบการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) หมายถึง การนำ เทคโนโลยีสารสนเทศทางคอมพิวเตอร์มาช่วยประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังด้วยระบบควบคุมภายใน โดยระบบจะเชื่อมโยงการประมวลผลกับฐานข้อมูลที่นำเข้า จึงสามารถทราบผลการประเมินได้ทันที ทำให้เกิดการคล่องตัว สะดวก รวดเร็ว ลดระยะเวลาการปฏิบัติงาน ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสารสนเทศ ส่งผลต่อการกำกับ ดูแลการดำเนินงานและการตัดสินใจของผู้บริหารหน่วยงานที่รวดเร็วและสะดวกขึ้น ทั้งนี้ การประเมินด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์มีการประมวลผลข้อมูลการประเมินการควบคุมภายใน 5 มิติ ได้แก่ 1. มิติด้านการเงิน 2. มิติด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล 3. มิติด้านงบประมาณ 4. มิติด้านบริหารพัสดุ 5. มิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง 3. หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลชุมชน



	ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามเป้าหมาย ดังนี้ 1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ประเมินระบบควบคุมภายใน ๕ มิติ 2. มีการดำเนินการประเมินระบบควบคุมภายใน ๕ มิติ ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit :EIA) 3. ผลการประเมินระบบการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) ภาพรวมผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90			
เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	
เกณฑ์การประเมินต้องได้คะแนนร้อยละ 90 ขึ้นไป ถ้าต่ำกว่าร้อยละ 90 ต้องทำแผนพัฒนาองค์กร				
วัตถุประสงค์	1. ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการกำกับดูแลที่ดี(Good Corporate Governance) และความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน(Transparency) ป้องกันการประพฤติมิชอบหรือการทุจริตและเป็นการลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจนทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ 2. ส่งเสริมให้เกิดการบันทึกบัญชีและรายงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบ (Accountability and Responsibility)ทำให้องค์กรได้ข้อมูลหรือรายงานตามหน้าที่ที่รับผิดชอบและเป็นพื้นฐานของหลักความโปร่งใส (Transparency) และความสามารถตรวจสอบได้(Audit ability) 3. ส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน (Efficiency and Effectiveness ofPerformance) ขององค์กร เนื่องจากการตรวจสอบภายในเป็นการประเมิน วิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลทุกด้านในการปฏิบัติงาน จึงเป็นข้อมูลสำคัญที่ช่วยปรับปรุงระบบงานให้สะดวก รัดกุม ลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน และให้เหมาะสมกับสถานการณ์ตลอดเวลาช่วยลดเวลาและค่าใช้จ่าย เป็นสื่อกลางระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในการประสานงานและลดปัญหาความไม่เข้าใจในนโยบาย 4. เป็นมาตรการถ่วงดุลแห่งอำนาจ (Check and Balance) ส่งเสริมให้การจัดการทรัพยากรใช้ทรัพยากรขององค์กรเป็นไปอย่างเหมาะสมตามลำดับความสำคัญ เพื่อให้ได้ผลงานที่เป็นประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร 5. ให้สัญญาณเตือนภัยล่วงหน้า (Warning Signals) ของการประพฤติมิชอบหรือการทุจริตในองค์กรลดโอกาสความร้ายแรงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งเพื่อเพิ่มโอกาสของความสำเร็จของงาน			
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ระบบ ระบบประเมินการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EIA) 2. วิธีการรายงาน สรุปผลรายงานเชิงปริมาณ 3. เครื่องมือ แบบประเมินการควบคุมภายใน 5 มิติ กลุ่มตรวจสอบภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข https://iad.moph.go.th/main/eia/ เลือกหัวข้อ“โปรแกรมการตรวจสอบภายใน			
แหล่งข้อมูล	1.งานการเงิน 2.งานพัสดุ 3.กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์ฯ			
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนข้อที่ผ่านคะแนนการประเมิน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนข้อคำถามทั้งหมด			



สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)×100
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายวรยุทธ เลิศแล้ว นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ (หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป) 2.นางสาวอัมภา ปัญญาอิง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน 3.นางศิริวรรณ จันทรสชา นักวิชาการเงินและบัญชี 4.นางกมลพรรณ เนเวลา นักวิชาการพัสดุ 5.นางสาวสาวิตรี ศุภฤทธานนท์ นักวิชาการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป/กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์ฯ
ผู้รับผิดชอบรายงานผลการ ดำเนินงาน	นายวรยุทธ เลิศแล้ว ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ยุทธศาสตร์ที่ 4	การบริหารเป็นเลิศด้วยหลักธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนงานที่ 1	การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมาย
โครงการที่ 4.1	โครงการเสริมสร้างวินัยและระบบคุณธรรมในหน่วยงาน
ตัวชี้วัดที่ 89	ร้อยละของบุคลากรได้เข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการเสริมสร้างวินัยและคุณธรรมปีละ 1 ครั้ง
คำนิยาม	สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ(สำนักงาน ป.ป.ช.) ได้ดำเนินโครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของ หน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) ซึ่งเป็นการประเมินวัดระดับคุณธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน โดยมีกรอบการประเมิน ๙ ตัวชี้วัด ดังนี้ ๑. การเปิดเผยข้อมูล ๒. การจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ ๓. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ๔. การส่งเสริมความโปร่งใส 5. การรับสินบน ๖. การใช้ทรัพย์สินของทางราชการ ๗.การดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต ๘. การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน ๙. การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร โดยมีเครื่องมือที่ใช้สำหรับการประเมินคือ แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment (EBIT) หน่วยงานจะต้องบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาล การป้องกันและปราบปราม การทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ ยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในระบบราชการเสริมสร้างระบบคุณธรรม รวมทั้งปรับปรุงและจัดให้มีกฎหมายที่ครอบคลุมการป้องกันและปราบปรามทุจริต การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒55๑ บัญญัติให้การจัดระเบียบข้าราชการพลเรือนต้องเป็นไปเพื่อผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ ความมีประสิทธิภาพ และความคุ้มค่า โดยให้ข้าราชการปฏิบัติราชการอย่างมีคุณภาพ คุณธรรม และคุณภาพชีวิตที่ดี ตามประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน หมวด ๒ ข้อ 5 กำหนดให้ข้าราชการต้องแยกเรื่องส่วนตัวออกจากตำแหน่งหน้าที่และยึดถือประโยชน์ส่วนรวมของประเทศชาติเหนือกว่าประโยชน์ส่วนตน และข้อ ๖ กำหนดให้ข้าราชการต้องละ



	เว้นจากการแสวงหาประโยชน์ที่มีขอบโดยอาศัยตำแหน่งหน้าที่และไม่กระทำการอันเป็นการขัดกันระหว่างประโยชน์ส่วนตนและประโยชน์ส่วนรวม			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569
	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม และปฏิบัติตามประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน 2. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในการรักษาวินัย การป้องกันมิให้กระทำผิดวินัย 3. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ 4. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจในเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนและการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในหน่วยงาน สามารถแยกแยะผลประโยชน์ส่วนตัวกับผลประโยชน์ส่วนรวมได้			
กลุ่มเป้าหมาย	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโงเจียม			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้เข้าร่วมโครงการเสริมสร้างวินัยและระบบคุณธรรมในหน่วยงาน			
แหล่งข้อมูล	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโงเจียม			
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนเจ้าหน้าที่ของ รพ. ที่ได้รับการอบรม			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมดของ รพ.			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายวรยุทธ เลิศแล้ว ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป			
ผู้รับผิดชอบรายงานผล การดำเนินงาน	นายวรยุทธ เลิศแล้ว ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป			

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนงานที่ 1	การพัฒนาความมั่นคง ความปลอดภัยของข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ			
โครงการที่ 4.2	โครงการปรับปรุงโครงสร้างระบบเครือข่ายภายใน และ data center ของโรงพยาบาล			
ชื่อตัวชี้วัดที่ 90	อุบัติการณ์ Server HI ล่ม ไม่เกิน 1 ครั้ง /ปี			
คำนิยาม	อุบัติการณ์ หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดหรือก่อให้เกิด อันตรายต่อบุคคล และ/หรือ คำร้องเรียน การสูญเสีย ความเสียหาย ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ หมายถึง อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่เชื่อมต่อถึงกันซึ่งสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและแบ่งปันทรัพยากรระหว่างกันได้ อุปกรณ์เครือข่ายเหล่านี้ใช้ระบบกฎที่เรียกว่าโปรโตคอลการสื่อสาร เพื่อส่งข้อมูลผ่านอุปกรณ์จริงหรือโดยใช้เทคโนโลยีไร้สาย ระบบ Server HI หมายถึง Server ที่ใช้งานระบบโปรแกรม HI ในโรงพยาบาลโงเจียม			
เกณฑ์เป้าหมาย	ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568
	0	≤1	≤1	≤1



วัตถุประสงค์	เพื่อปรับปรุงและเพิ่มศักยภาพองค์ประกอบของระบบคอมพิวเตอร์ ด้าน Hardware, Software, Network, และ ด้าน Information ให้มีประสิทธิภาพเสถียรภาพในการใช้งาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย คือ องค์ประกอบของระบบคอมพิวเตอร์ด้าน Hardware, Software, , Network, และ ด้าน Information และ บุคลากรในโรงพยาบาล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น
แหล่งข้อมูล	จากโปรแกรมรายงานความเสี่ยง และสมุดบันทึกอุบัติการณ์ server ล่ม
รายการข้อมูล	จำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น
สูตรคำนวณชี้วัด	-
ระยะเวลาการประเมินผล	ประเมิน 2 รอบในปีงบประมาณนั้นๆ รอบที่ 1 ระหว่าง 1: ตุลาคม ถึง 31 มีนาคม ปีงบประมาณนั้นๆ รอบที่ 2 ระหว่าง 1: เมษายน ถึงวันที่ 31 สิงหาคม ปีงบประมาณนั้นๆ
วิธีการประเมินผล	สมุดบันทึกอุบัติการณ์และโปรแกรมความเสี่ยง
เอกสารสนับสนุน	สมุดบันทึกอุบัติการณ์และโปรแกรมความเสี่ยง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายปรัชญา พลอยเพชร ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ งานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ 2.นายติสรณ์ ชมภูนิช ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ งานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นายปรัชญา พลอยเพชร ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ งานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ 2.นายติสรณ์ ชมภูนิช ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ งานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนงานที่ 1	การพัฒนาความมั่นคง ความปลอดภัยของข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ
โครงการที่ 4.2	โครงการปรับปรุงโครงสร้างระบบเครือข่ายภายใน และ data center ของโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัดที่ 91	จำนวนครั้งอุบัติการณ์ที่ถูกภัยคุกคาม ทางคอมพิวเตอร์ ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี
คำนิยาม	ภัยคุกคามทางคอมพิวเตอร์ หมายถึง ภัยคุกคามต่อระบบคอมพิวเตอร์ ครอบคลุมทั้งการคุกคามทางระบบฮาร์ดแวร์ ระบบซอฟต์แวร์และข้อมูล โดยสาเหตุของภัยคุกคามอาจจะมาจากทางกายภาพ เช่น อัคคีภัย ปัญหาวงจรไฟฟ้า ระบบสื่อสาร ความผิดพลาด ของฮาร์ดแวร์ ความผิดพลาดของซอฟต์แวร์ หรือภัยคุกคามที่เกิดจากคนหรือผู้ใช้ระบบ เช่น การบุกรุกจากผู้ที่ไม่ได้ รับอนุญาต หรือผู้ใช้ไม่เข้าใจระบบทำให้ระบบเกิดความเสียหาย ภัยคุกคามเหล่านี้เป็นสาเหตุให้ข้อมูลในระบบ เสียหาย สูญหาย ถูกขโมย หรือแก้ไขบิดเบือน ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ หมายถึง อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่เชื่อมต่อถึงกันซึ่งสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและแบ่งปันทรัพยากรระหว่างกันได้ อุปกรณ์เครือข่ายเหล่านี้ใช้ระบบกฎที่เรียกว่าโปรโตคอลการสื่อสาร เพื่อส่งข้อมูลผ่านอุปกรณ์จริงหรือโดยใช้เทคโนโลยีไร้สาย



เกณฑ์เป้าหมาย	
ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566
2ครั้ง	≤2ครั้ง
ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568
≤2ครั้ง	≤2ครั้ง
ปีงบประมาณ2569	≤2ครั้ง
วัตถุประสงค์	เพื่อความปลอดภัยของข้อมูลผู้มารับบริการและข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลสำคัญที่อยู่ในเครื่องคอมพิวเตอร์ในหน่วยงาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	Server คอมพิวเตอร์พีซี คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก ที่ใช้งานในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาล
วิธีการเก็บข้อมูล	จำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น
แหล่งข้อมูล	จากโปรแกรมรายงานความเสี่ยง และสมุดบันทึกอุบัติการณ์ server ล่ม
รายการข้อมูล	จำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น
สูตรคำนวณชี้วัด	-
ระยะเวลาการประเมินผล	ประเมิน 2รอบในปีงบประมาณนั้นๆ รอบที่ 1 ระหว่าง 1: ตุลาคม ถึง 31 มีนาคม ปีงบประมาณนั้นๆ รอบที่ 2 ระหว่าง 1: เมษายน ถึงวันที่ 31 สิงหาคม ปีงบประมาณนั้นๆ
วิธีการประเมินผล	สมุดบันทึกอุบัติการณ์และโปรแกรมความเสี่ยง
เอกสารสนับสนุน	สมุดบันทึกอุบัติการณ์และโปรแกรมความเสี่ยง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายปรัชญา พลอยเพชร ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ งานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ 2.นายติสรณ์ ชมภูนิช ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ งานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นายปรัชญา พลอยเพชร ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ งานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ 2.นายติสรณ์ ชมภูนิช ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ งานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนงานที่ 2	การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่ 4.3	โครงการการเพิ่มการเข้าถึงระบบรายงานสารสนเทศด้านสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัดที่ 92	ร้อยละการเข้าถึงระบบคลังสารสนเทศของหน่วยงาน
คำนิยาม	ระบบคลังสารสนเทศ หมายถึง ระบบข้อมูลสารสนเทศที่ผ่านการประมวลผลแล้ว ออกมาในรูปแบบรายงาน ข้อมูล ตัวเลข ที่สามารถเปิดเข้าใช้งานบนทุกอุปกรณ์ เช่น คอมพิวเตอร์ มือถือ แทปเล็ต
เกณฑ์เป้าหมาย	
ผลงานปี2565	ปีงบประมาณ2566
0	100
ปีงบประมาณ2567	ปีงบประมาณ2568
100	100
ปีงบประมาณ2569	100
วัตถุประสงค์	เป็นแหล่งข้อมูลสารสนเทศ และระบบรายงานต่าง ๆ ที่น่าเชื่อถือ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้นำข้อมูลนี้ไปใช้ประโยชน์เกี่ยวกับงานของตัวเอง



ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานในโรงพยาบาลโขงเจียม ได้แก่ 1.งานห้องบัตร 2.งานผู้ป่วยนอก 3.งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 4.กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ 5.กลุ่มงานรังสีการแพทย์ 6.กลุ่มงานเภสัชกรรม 7.ห้องเก็บเงิน 8.งานห้องคลอด 9.กลุ่มงานทันตกรรม 10. กลุ่มงานประกันยุทธศาสตร์ ฯ 11.กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ ฯ 12. กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู 13.กลุ่มงานแพทย์แผนไทยฯ 14.งานผู้ป่วยใน 15.งานจ่ายกลาง 16.กลุ่มงานโภชนศาสตร์ 17.งานสนามซ่อมบำรุง 18.งานธุรการ 19.งานการเงิน 20.งานพัสดุ 21.ศูนย์ยานพาหนะ 22.งานสวน 23.กลุ่มบริหารงานทั่วไป 24.องค์กรแพทย์
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ออกแบบประเมินผลการสำรวจ
แหล่งข้อมูล	แบบประเมิน
รายการข้อมูล1	A= จำนวนหน่วยงานที่สามารถเข้าถึงการใช้งานระบบคลังสารสนเทศได้
รายการข้อมูล2	B= จำนวนหน่วยงานในโรงพยาบาลโขงเจียม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ประเมิน 2รอบในปีงบประมาณนั้นๆ รอบที่ 1 ระหว่าง 1: ตุลาคม ถึง 31 มีนาคม ปีงบประมาณนั้นๆ รอบที่ 2 ระหว่าง 1: เมษายน ถึงวันที่ 31 สิงหาคม ปีงบประมาณนั้นๆ
วิธีการประเมินผล	ประเมินผลแบบไตรมาสทุก6เดือน แต่ละเดือนให้คะแนนหรือทำได้ร้อยละเท่าไร
เอกสารสนับสนุน	แบบประเมิน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายปรัชญา พลอยเพชร ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ งานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ 2.นายติสรณ์ ชมภูนิช ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ งานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	1.นายปรัชญา พลอยเพชร ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ งานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ 2.นายติสรณ์ ชมภูนิช ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ งานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ

ยุทธศาสตร์ที่ 4	การบริหารเป็นเลิศด้วยหลักธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	
แผนงานที่ 1	การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	
โครงการที่ 4.4	โครงการเพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายและควบคุมการบริหารจัดการแผนงบประมาณ	
ชื่อตัวชี้วัดที่ 93	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	
คำนิยาม	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงินตามหลักเกณฑ์การคิ่ววิกฤตทางการเงินระดับ 7(Risk Scoring) ดังนี้	
ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรง ของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์



1.1 $CR < 1.5$	1	$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$
1.2 $QR < 1.0$	1	$QR = \text{เงินสด} / \text{รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$
1.3 $Cash < 0.8$	1	$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$
2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน
2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < 0$	1	$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$
2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < 0$	1	$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$
3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงมี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน
3.1 มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอรับการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ)		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ
a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน	0	เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ
b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1	* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มีผลการดำเนินงานขาดทุน
c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ $<$ หรือ $= 3$ เดือน	2	
3.2 มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก)		
a) ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก > 6 เดือน	2	* กรณีมีกำไรจากผลการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน
b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1	
c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก $<$ หรือ $= 3$ เดือน	0	
3.3 กรณี NWC ติดลบ &	0	



มี NI เป็นบวก				
3.4 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นลบ	2			
การประเมินสถานะการเงิน จะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด				
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยบริการไม่ประสบภาวะวิกฤติด้านการเงิน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงานสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลสังกัด สป. ที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) ทุกวันที่ 15 ของเดือนถัดไป			
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ , โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 , ระดับ 4-6			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ , โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด (จำนวน 26 แห่ง)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)x100			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ (รอบที่ 1 ต.ค.64-มี.ค.65) (รอบที่ 2 เม.ย.65-ส.ค.65)			
การดำเนินงานรายไตรมาส				
มาตรการ	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4		
1. มีกระบวนการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลัง	มีคำสั่งและมีการประชุม CFO	มีการประชุม วิเคราะห์ การเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลัง มีการประเมินอย่างต่อเนื่อง		
2. หน่วยบริการมีและใช้ Plan-fin	มีแผน Plan-fin ครบทุกหน่วย	ใช้ Plan-fin เป็นเครื่องมือในการบริหารหน่วยงาน วิเคราะห์ส่วนต่างแผนการเงินกับรายงานทางการเงินระหว่างไตรมาส สรุปเปรียบเทียบแผนการเงินของปีกับรายงานการเงินประจำปี		
3. มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้	มีคำสั่งและมีการประชุมคณะกรรมการจัดเก็บรายได้	มีการประชุม ติดตาม กำกับ การจัดเก็บรายได้ทุกกองทุนเป็นประจำทุกเดือน		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2562	2563	2564
Risk score 7	แห่ง	0	0	0
Risk score 4-6	แห่ง	4	3	0
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ปี 2565 (รอบที่ 1 และรอบที่ 2)				
ลำดับ	กิจกรรมดำเนินงาน		เอกสารประกอบการประเมิน/คะแนนแต่ละกิจกรรม	
1	มีการประชุมคณะกรรมการ CFO ทุกเดือน		สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการ CFO	



	(คะแนนเต็ม 2 คะแนน)	ทุกเดือน = 2 คะแนน ทุก 2 เดือน = 1 คะแนน การประชุม = 0.5 คะแนน การประชุม = 0 คะแนน	มี ไม่มี
2	มีการประชุมคณะกรรมการศูนย์รายได้เป็นประจำทุกเดือน (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)	สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการ ศูนย์รายได้ ทุกเดือน = 2 คะแนน ทุก 2 เดือน = 1 คะแนน การประชุม = 0.5 คะแนน การประชุม = 0 คะแนน	มี ไม่มี
3	ทุนสำรองสุทธิ NWC (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)	$NWC \geq 0 = 1$ คะแนน $NWC < 0 = 0$ คะแนน	
4	รายได้ตามเกณฑ์ ณ เดือนที่ปิดบัญชีแล้ว (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)	รายได้ตามเกณฑ์ = 1 คะแนน รายได้ไม่ตามเกณฑ์ = 0 คะแนน	
5	ค่าใช้จ่ายไม่เกินเกณฑ์ ณ เดือนที่ปิดบัญชีแล้ว (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)	ค่าใช้จ่ายไม่เกินเกณฑ์ = 1 คะแนน ค่าใช้จ่ายเกินเกณฑ์ = 0 คะแนน	
6	คงคลังรวมไม่เกิน 2 เดือน (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)	ไม่เกิน 2 เดือน = 1 คะแนน มากกว่าเกิน 2 เดือน = 0 คะแนน	
7	Cash Ratio (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)	$Cash Ratio \geq 0.8 = 1$ คะแนน $Cash Ratio < 0.8 = 0$ คะแนน	
8	Risk Score (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)	Risk Score 0-3 = 1 คะแนน Risk Score 4-7 = 0 คะแนน	
คะแนนเต็ม 10 คะแนน (ปรับเป็น 5 คะแนน) โดยนำคะแนนเต็ม 10 ทหาร 2			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอัมพา ปัญญาอิง ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอัมพา ปัญญาอิง ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป		

ยุทธศาสตร์ที่ 4	การบริหารเป็นเลิศด้วยหลักธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนงานที่ 1	การพัฒนาระบบงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
โครงการที่ 4.5	โครงการพัฒนางานยุทธศาสตร์สาธารณสุข
ชื่อตัวชี้วัดที่ 94	ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการด้านแผนงานโครงการ/แผนปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการด้านแผน หมายถึง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการของเครือข่ายบริการสุขภาพ เป็นแบบ Single plan คือ ทุกแผน รวมเป็นแผนเดียวกัน เช่น แผนปฏิบัติการ, แผนกองทุนสุขภาพตำบล แผนเงินบำรุง แผนงบ อื่นๆ เป็นต้น และมีกระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย



	1) การแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2) การวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ 3) การนำนโยบายสาธารณสุขจากทุกระดับ ประกอบการวางแผนในพื้นที่ 4) แผนปฏิบัติการของหน่วยงานสอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหา ของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย 5) มีการสื่อสารแผนปฏิบัติงานของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ 6) มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล 7) มีการติดตามความก้าวหน้า การสรุปการประเมินผล และมีการรายงาน ตามห้วงเวลาที่กำหนด 8) แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 9) มีการเสนอโครงการให้ผู้บริหารระดับจังหวัดอนุมัติโครงการตามห้วงเวลาที่กำหนด มีการนำผลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานไปประกอบ การวางแผนในรอบต่อไป
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569
ระดับความสำเร็จระดับ5	ระดับความสำเร็จระดับ5	ระดับความสำเร็จระดับ5	ระดับความสำเร็จระดับ5

วัตถุประสงค์	เพื่อให้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ มีการบริหารจัดการแผน ให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้อง นโยบาย ระดับจังหวัด เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข และมีความสอดคล้องกับ แผนการเงินการคลัง								
กลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการนิเทศติดตามประเมินผลการทำงานในพื้นที่และตรวจสอบจากแผนปฏิบัติการ ที่ขอรับการ อนุมัติ								
แหล่งข้อมูล	แผนปฏิบัติการเครือข่าย/รายงานการเบิกจ่ายงบโครงการ								
รายการข้อมูล 1	A=เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ที่ผ่านเกณฑ์การบริหารจัดการแผนระดับ 5								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอทั้งหมด (25 แห่ง)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินแผนปฏิบัติ 1 ครั้ง และติดตามการดำเนินงานตามรอบการประเมิน รอบที่ 1 ระหว่าง 1: ตุลาคม ถึง 31 มีนาคม ปีงบประมาณนั้นๆ รอบที่ 2 ระหว่าง 1: เมษายน ถึงวันที่ 31 สิงหาคม ปีงบประมาณนั้นๆ เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2) <table border="1"> <thead> <tr> <th>ค่าคะแนน</th><th>ความหมาย /เกณฑ์การวัด</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 คะแนน</td><td> 1. มีการแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขจากผลงาน รอบปีที่ผ่านมา 3. มีการนำนโยบายจากทุกระดับเพื่อประกอบการวางแผน </td></tr> <tr> <td>2 คะแนน</td><td>มีแผนปฏิบัติการของหน่วยงานที่สอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหา สาธารณสุข ของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย</td></tr> <tr> <td>3 คะแนน</td><td> 1. มีการสื่อสารแผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ 2. มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล </td></tr> </tbody> </table>	ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด	1 คะแนน	1. มีการแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขจากผลงาน รอบปีที่ผ่านมา 3. มีการนำนโยบายจากทุกระดับเพื่อประกอบการวางแผน	2 คะแนน	มีแผนปฏิบัติการของหน่วยงานที่สอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหา สาธารณสุข ของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย	3 คะแนน	1. มีการสื่อสารแผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ 2. มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล
ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด								
1 คะแนน	1. มีการแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขจากผลงาน รอบปีที่ผ่านมา 3. มีการนำนโยบายจากทุกระดับเพื่อประกอบการวางแผน								
2 คะแนน	มีแผนปฏิบัติการของหน่วยงานที่สอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหา สาธารณสุข ของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย								
3 คะแนน	1. มีการสื่อสารแผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ 2. มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล								



	4 คะแนน	มีการติดตามความก้าวหน้า การสรุปการประเมินผล มีการรายงานตามห้วงเวลา ที่กำหนด และแผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลา (น้อยกว่า ร้อยละ 80)
	5 คะแนน	รอบที่ 1 : ได้ส่งโครงการให้ผู้บริหารระดับจังหวัดอนุมัติโครงการภายใน 15 มีนาคม 2565 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
		รอบที่ 2 : 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
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการนิเทศติดตามประเมินผลการทำงานของพื้นที่และตรวจสอบจากแผนปฏิบัติการที่ขอรับการอนุมัติ	
แหล่งข้อมูล	1.แผนปฏิบัติการเครือข่าย/รายงานการเบิกจ่ายงบโครงการ 2.กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สสจ.อุบลราชธานี	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางจุฑาทิพย์ หลงชิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ งานยุทธศาสตร์สาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบรายงานผล การดำเนินงาน	นางจุฑาทิพย์ หลงชิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ งานยุทธศาสตร์สาธารณสุข	

ยุทธศาสตร์ที่ 4	การบริหารเป็นเลิศด้วยหลักธรรมาภิบาล (Governance Excellence)			
แผนงานที่ 1	การพัฒนาระบบงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข			
โครงการที่ 4.5	โครงการพัฒนางานยุทธศาสตร์สาธารณสุข			
ตัวชี้วัดที่95	ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการแผนงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ			
คำนิยาม	<u>งบค่าเสื่อม</u> หมายถึง งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม)ในรอบปีงบประมาณนั้นๆ การพิจารณาประเมิน จะประเมินที่รายการค่าเสื่อม ที่ได้ดำเนินการตามกระบวนการ จัดซื้อจัดจ้างทางระเบียบการเงินการคลัง รอบที่ 1 : เน้นกระบวนการลงนามในสัญญาซื้อจ้าง ปีงบประมาณนั้นๆ รอบที่ 2 : เน้นกระบวนการเบิกจ่ายงบประมาณ ปีงบประมาณนั้นๆ			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569
	ระดับความสำเร็จระดับ5	ระดับความสำเร็จระดับ5	ระดับความสำเร็จระดับ5	ระดับความสำเร็จระดับ5
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน รวมทั้งติดตามเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณ ของหน่วยงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนด เป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของหน่วยงาน			
กลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอทุกอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงานงบค่าเสื่อม website สปสช.			



รายการข้อมูล 1	A = รายการ งบค่าเสื่อมปีงบประมาณนั้นๆ ที่ได้ดำเนินการบันทึกลงใน website สปสช.																						
รายการข้อมูล 2	B = รายงาน งบค่าเสื่อมปีงบประมาณนั้นๆ ที่ได้รับการจัดสรร																						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100																						
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินแผนปฏิบัติ 1 ครั้ง และติดตามการดำเนินงานตามรอบการประเมิน																						
	รอบที่ 1 ระหว่าง 1: ตุลาคม ถึง 31 มีนาคม ปีงบประมาณนั้นๆ																						
	รอบที่ 2 ระหว่าง 1: เมษายน ถึงวันที่ 31 สิงหาคม ปีงบประมาณนั้นๆ																						
	<table><tr><td>รอบประเมิน</td><td>1 คะแนน</td><td>2 คะแนน</td><td>3 คะแนน</td><td>4 คะแนน</td><td>5 คะแนน</td></tr><tr><td>รอบที่ 1: ประเมินระดับ ความสำเร็จ</td><td>(ระดับที่ 1) -การลงนามใน สัญญา<ร้อยละ 84</td><td>(ระดับที่ 2) -การลงนามใน สัญญาร้อยละ 85-89</td><td>(ระดับที่ 3) -การลงนามใน สัญญาร้อยละ 90-94</td><td>(ระดับที่ 4) -การลงนามใน สัญญาร้อยละ 95-99</td><td>(ระดับที่ 5) -การลงนามใน สัญญาร้อยละ 100</td></tr><tr><td>รอบที่ 2: ประเมินระดับ ความสำเร็จ</td><td>(ระดับที่ 1) -ประเมินการ เบิกจ่าย งบประมาณ <ร้อยละ 84</td><td>(ระดับที่ 2) -ประเมินการ เบิกจ่าย งบประมาณ ร้อยละ 85-89</td><td>(ระดับที่ 3) -ประเมินการ เบิกจ่าย งบประมาณ ร้อยละ 90-94</td><td>(ระดับที่ 4) -ประเมินการ เบิกจ่าย งบประมาณ ร้อยละ 95-99</td><td>(ระดับที่ 5) -ประเมินการ เบิกจ่าย งบประมาณ ร้อยละ 100</td></tr></table>						รอบประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	รอบที่ 1: ประเมินระดับ ความสำเร็จ	(ระดับที่ 1) -การลงนามใน สัญญา<ร้อยละ 84	(ระดับที่ 2) -การลงนามใน สัญญาร้อยละ 85-89	(ระดับที่ 3) -การลงนามใน สัญญาร้อยละ 90-94	(ระดับที่ 4) -การลงนามใน สัญญาร้อยละ 95-99	(ระดับที่ 5) -การลงนามใน สัญญาร้อยละ 100	รอบที่ 2: ประเมินระดับ ความสำเร็จ	(ระดับที่ 1) -ประเมินการ เบิกจ่าย งบประมาณ <ร้อยละ 84	(ระดับที่ 2) -ประเมินการ เบิกจ่าย งบประมาณ ร้อยละ 85-89	(ระดับที่ 3) -ประเมินการ เบิกจ่าย งบประมาณ ร้อยละ 90-94	(ระดับที่ 4) -ประเมินการ เบิกจ่าย งบประมาณ ร้อยละ 95-99
รอบประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																		
รอบที่ 1: ประเมินระดับ ความสำเร็จ	(ระดับที่ 1) -การลงนามใน สัญญา<ร้อยละ 84	(ระดับที่ 2) -การลงนามใน สัญญาร้อยละ 85-89	(ระดับที่ 3) -การลงนามใน สัญญาร้อยละ 90-94	(ระดับที่ 4) -การลงนามใน สัญญาร้อยละ 95-99	(ระดับที่ 5) -การลงนามใน สัญญาร้อยละ 100																		
รอบที่ 2: ประเมินระดับ ความสำเร็จ	(ระดับที่ 1) -ประเมินการ เบิกจ่าย งบประมาณ <ร้อยละ 84	(ระดับที่ 2) -ประเมินการ เบิกจ่าย งบประมาณ ร้อยละ 85-89	(ระดับที่ 3) -ประเมินการ เบิกจ่าย งบประมาณ ร้อยละ 90-94	(ระดับที่ 4) -ประเมินการ เบิกจ่าย งบประมาณ ร้อยละ 95-99	(ระดับที่ 5) -ประเมินการ เบิกจ่าย งบประมาณ ร้อยละ 100																		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.ประเมินจากระบบโปรแกรมค่าเสื่อมของ สปสช. 2.รายงานงบค่าเสื่อม จาก สนง.สสจ.อบ 3.หลักฐานเชิงประจักษ์ (สำเนาสัญญา/เบิกจ่าย)																						
แหล่งข้อมูล	website สปสช.																						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายตรองทรัพย์ สายกนก ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ																						
ผู้รับผิดชอบรายงานผล การดำเนินงาน	นายตรองทรัพย์ สายกนก ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ																						



























