แผนปฏิบัติราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ปีงบประมาณ 2565



Version 30_NOV_2021

คำนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ประจำปี 2565 โดยมีความเชื่อมโยงกับนโยบายรัฐบาล นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับนโยบายเน้นหนักของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นโยบายเน้นหนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อเป็นกรอบแนวทางการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในสังกัดให้บรรลุเป้าหมาย **“ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”**

การจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปี 2565 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนดประเด็นการพัฒนาเพื่อการปฏิรูปกลไกการพัฒนางานสาธารณสุข (Re-treat) จำนวน 3 ประเด็น 2 Setting ประกอบด้วย

(1) Re-treat MCH และผู้สูงอายุ

(2) Re-treat DM HT CKD Stroke STEMI (โรคติดต่อเรื้อรัง)

(3) Re-treat HR (บริหารจัดการ,พัฒนาทรัพยากรบุคคล)

(4) Setting โรงเรียน

(5) Setting ชุมชน

โดยยึดหลักการทำงานที่เป็นศูนย์เดียวกัน (One Health) ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนา 4 Excellence คือ

(1) PP&P Excellence (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)

(2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

(3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)

(4) Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ขอขอบคุณคณะผู้บริหารงานสาธารณสุข, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีส่วนในการปรับปรุงและแก้ไขแผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2565 ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ และหวังว่าจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาด้านสาธารณสุข ให้กับหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
30 พฤศจิกายน 2564

สารบัญ

	หน้า
วิสัยทัศน์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	1
พันธกิจ	1
เป้าประสงค์หลัก	1
ประเด็นยุทธศาสตร์	1
วัฒนธรรมองค์กร	1
ค่านิยมองค์กร	2
4 Excellence กระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2565	3
นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565	4
1. ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง	5
2. เศรษฐกิจสุขภาพ	6
3. สมุนไพร กัญชา กัญชง	7
4. สุขภาพดีวิถีใหม่	8
5. COVID-19	9
6. ระบบบริการก้าวหน้า	10
7. ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	13
8. ธรรมาภิบาล	15
9. องค์กรแห่งความสุข	17
แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ สนง.สสจ.อุบลราชธานี ปี 2565 – 2569	19
นโยบายเน้นหนักนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2565	20
การประเมินผลงาน Ranking ปีงบประมาณ 2565	24
ตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2565	26
รายละเอียดรายตัวชี้วัด Template	31
R 1 ระดับความสำเร็จการเฝ้าระวังการตายของมารดา	32
R 2 เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	35
R 2.1 ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	35
R 2.2 ร้อยละเด็กปฐมวัยพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	38
R 2.3 ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	40
R 3 เด็กอายุ 0-5 ปี มีการเจริญเติบโต	42
R 3.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	42
R 3.2 ร้อยละเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	44
R 3.3 ร้อยละเด็กอายุ 6 – 12 เดือน ที่ตรวจคัดกรอง (Hct,CBC) และพบโลหิตจาง	46

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
R 4 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	47
R 4.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan.....	47
R 4.2 ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์	50
R 4.3 ร้อยละของระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ..... (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	52
R 5 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง Geriatric Syndromes	56
R 5.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบเป็นภาวะสมองเสื่อม .. ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	56
R 5.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบเป็นภาวะพลัดตก ..... หกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	57
R 6 ระดับความสำเร็จประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ..... รวมทั้งผู้ป่วย Long COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ	60
R 7 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย	64
R 8 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันผู้พยายามฆ่าตัวตาย ..... ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ	68
R 9 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานกระตุ้นพัฒนาการล่าช้าด้วยเครื่องมือ ..... มาตรฐาน TEDA4I	71
R 10 ระดับความสำเร็จในการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี	74
R 11 ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงาน ระดับอำเภอ	77
R 12 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติ... ฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลทุกระดับ(ทั้งที่ ER และ Admit)	80
R 13 ระดับความสำเร็จของการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	84
R 14 ระดับความสำเร็จของการพัฒนา ER คุณภาพของโรงพยาบาล	86
R 15 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ..... ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	89

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
R 16 ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า ..... (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	92
R 17 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด ..... (Blinding Cataract)	96
R 18 ระดับความสำเร็จของการบำบัดยาเสพติด	100
R 19 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ..... และผลิตภัณฑ์ยาสูบ	102
R 20 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอ To Be Number One	105
R 21 ร้อยละการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วย FIT test	108
R 22 ร้อยละการตรวจมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีการอัลตร้าซาวด์	110
R 23 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและ..... ความดันโลหิตสูงในคลินิกบริการ	113
R 24 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและความดัน..... โลหิตสูงในชุมชน	116
R 25 ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนา ..... คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พชอ.คุณภาพ)	120
R 26 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์.... คุณภาพมาตรฐานการรับรอง HA ขั้น 3	123
R 27 ระดับความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการพัฒนา ..... คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (PMQA)	127
R 28 ระดับความสำเร็จของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ ..... รพ.สต.ติดดาว	130
R 29 ระดับความสำเร็จขององค์กรพยาบาลที่มีผลการประเมินคุณภาพ ..... การพยาบาล (QA)	133
R 30 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ..... และการให้การรักษาตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด	135
R 30.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI..	135
R 30.2 ระดับความสำเร็จของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตาม ..... มาตรฐานเวลาที่กำหนด	137
R 31 ระดับความสำเร็จการดูแลผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาล.. ฟื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	140

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
R 32 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมหรือเทคโนโลยี... สุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	145
R 33 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานธรรมนูญสู้โควิด 19	150
R 34 ระดับความสำเร็จของอำเภอที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อ..... ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน	154
R 34.1 ร้อยละของเหตุการณ์การระบาดผู้ป่วยCOVID19 ที่สามารถ ..... ควบคุมโรคให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน	154
R 34.2 ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกัน..... โรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 กลุ่มเป้าหมายหลักเข็ม1 และเข็ม2	154
R 35 ระดับความสำเร็จการรักษา/ควบคุม/ป้องกันวัณโรค	158
R 35.1 อัตราความความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	158
R 35.2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่.... และกลับเป็นซ้ำ	160
R 35.3 อัตราการขาดการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	162
R 35.4 อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง..... โดยวิธีถ่ายรังสีทรวงอก	164
R 35.5 อัตราการรักษาวัณโรคในสูตรพื้นฐานเกินระยะเวลาของผู้ป่วย..... วัณโรครายใหม่	166
R 36 มาตรฐานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาสำหรับหน่วยงาน..... (การรายงาน 506)	169
R 37 ความครอบคลุมการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกับโรคในเด็กอายุครบ1ปี...	171
R 37.1 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน POLIO ชนิดฉีด (IPV)	171
R 37.2 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน POLIO ชนิดฉีด (IPV)	173
R 37.3 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนคางทูม หัด หัดเยอรมัน (MMR1)...	174
R 37.4 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนคางทูม หัด หัดเยอรมัน (MMR2)...	176
R 38 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้บูรณาการด้านสุขภาพ.... (Health Literacy School : HLS)	178
R 39 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย	181
R 40 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการทันตสาธารณสุข..... สู่ความเป็นเลิศ	186
R 41 ระดับความสำเร็จของการพัฒนากลไกการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค..... ด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ	191
R 42 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพกัญชาทางการแพทย์..	194
R 43 ระดับความสำเร็จของการการดำเนินงาน RDU	196

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

R 44 ระดับความสำเร็จการดำเนินงานแพทย์แผนไทย ปี 2565 200
R 44.1 ร้อยละผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟู..... 200
สภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
R 44.2 ร้อยละการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ 202
เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 (หมายเหตุ : เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2564)
R 44.3 จำนวนหมอพื้นบ้านที่ผ่านการขึ้นทะเบียนขอใบรับรองการเป็น ... 203
หมอพื้นบ้านตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข
R 45 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ 206
GREEN&CLEAN Hospital
R 46 อำเภอมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบในการบริหารจัดการ..... 209
สิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร
R 47 ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการอาชีวอนามัย 211
และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน
R 48 ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน 213
ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 4 -7
R 49 ระดับความสำเร็จองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ..... 217
R 50 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร..... 220
จัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) จังหวัดอุบลราชธานี
R 51 ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง 221
สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
R 52 ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพบัญชี (AC) เครือข่ายบริการสุขภาพ.. 224
ระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2565
R 53 ระดับความสำเร็จการประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบ..... 226
ควบคุมภายในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ปีงบประมาณ 2565
R 54 ระดับความสำเร็จอำเภอที่มีการบริหารจัดการด้านแผนงานโครงการ..... 228
อย่างมีประสิทธิภาพ
R 55 ร้อยละการเบิกจ่ายงบ Non UC ปี 2565 (สนง.สสอ.) มีประสิทธิภาพ..... 230
R 56 ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2565..... 232
R 57 ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล 234

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

R 58 ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital 238
(Smart tools & Smart service)

R 58.1 ร้อยละของหน่วยบริการทุกระดับที่เป็น Smart Hospital 238
(Smart tools & Smart service)

R 58.2 ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ติดตั้งและใช้งานระบบ 242
Smart Refer

แผนปฏิบัติราชการพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีปี พ.ศ. 2565

วิสัยทัศน์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (Vision)

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

พันธกิจ (Mission)

พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

1. ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาวะ
2. หน่วยบริการด้านสุขภาพทุกระดับ มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน
3. บุคลากรด้านสุขภาพ มีสมรรถนะและมีความสุข
4. หน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่งเป็นองค์กรแห่งคุณธรรม
5. ภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic issue) สอดคล้องกับ 4 Excellence กระทรวงสาธารณสุข

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

วัฒนธรรมองค์กร

“รับผิดชอบ ตรงต่อเวลา พัฒนาเป็นนิจ จิตบริการ ทำงานเป็นทีม”

ค่านิยมองค์กร (Core Value)
M-O-P-H

1. **M: Mastery การเป็นนายตนเอง**

"ในการดำเนินชีวิตของเรา เราต้องข่มใจไม่กระทำสิ่งใดๆ ที่เรารู้สึกด้วยใจจริงว่าชั่วว่าเสื่อม เราต้องฝืนต้องต้านความคิดและความประพฤติทุกอย่างที่รู้สึกว่าขัดกับธรรมะ เราต้องกล้าและบากบั่นที่จะกระทำสิ่งที่เราทราบว่าเป็นความดี เป็นความถูกต้อง และเป็นธรรม ถ้าเราร่วมกันทำเช่นนี้ ให้ได้จริงๆ ให้ผลของความดีบังเกิดมากขึ้นๆ ก็จะช่วยค้ำจุนส่วนรวมไว้มิให้เสื่อมลงไป และจะช่วยให้ฟื้นคืนดีขึ้นได้เป็นลำดับ"

(พระราชดำรัส พระบาทสมเด็จพระปรมินทร มหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ในพิธีเปิดการประชุมยุวพุทธิกสมาคมทั่วประเทศ ครั้งที่ 12 ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วันที่ 12 ธันวาคม 2513)

2. **O: Originality การเร่งสร้างสิ่งใหม่**

"...การพยายามศึกษาวิทยาการและเทคโนโลยี อันก้าวหน้าทุกสาขาจากทั่วโลก แล้วเลือกสรรส่วนที่สำคัญเป็นประโยชน์นำมาปรับปรุงใช้ให้พอดีพอเหมาะกับสภาพและฐานะของประเทศเรา เพื่อช่วยให้ประเทศของเราสามารถนำเทคโนโลยีอันทันสมัยมาใช้พัฒนางานต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่สิ้นเปลือง..."

(พระราชดำรัส พระบาทสมเด็จพระปรมินทร มหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ความตอนหนึ่ง ในพระบรมราโชวาทในโอกาสเสด็จพระราชดำเนินเปิดงานพระจอมเกล้าลาดกระบังนิทรรศน์ 26 ณ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้า วิทยาเขตเจ้าคุณทหาร ลาดกระบัง วันที่ 16 มิถุนายน 2526)

3. **P: People centered approach ใส่ใจประชาชน**

"ฉันต้องการให้หมอช่วยไปดูแลบำบัดทุกข์ให้แก่นักเรียนและประชาชนที่อยู่ในท้องถิ่นกันดารห่างไกลหมอ และจะออกค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมดตามความจำเป็นโดยให้จัดหน่วยเคลื่อนที่ไปโดยรถยนต์และตระเวนไปตามถนนหนทาง ตามหมู่บ้านที่อยู่ห่างไกลชนบท"

(พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ทรงตรัสแก่ ทันตแพทย์สี สิริสิงห์ ทันตแพทย์ประจำพระองค์)

4. **H: Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม**

".....ในวงสังคมนั้นเล่า ท่านจะต้องรักษามารยาทอันดีงามสำหรับสุภาพชน รู้จักสัมมาคารวะ ไม่แข็งกระด้าง มีความอ่อนโยนแต่ไม่อ่อนแอ พร้อมจะเสียสละประโยชน์ส่วนตัวเพื่อส่วนรวม....."

(พระบรมราโชวาท พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ในพิธีพระราชทานปริญญาบัตรของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 25 มิถุนายน 2526)



4 Excellence กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565

1. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ
(จำนวน 4 แผนงาน, 7 โครงการ, 18 ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)
แผนงานที่ 2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
แผนงานที่ 3 การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
แผนงานที่ 4 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

2. ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ
(จำนวน 5 แผนงาน, 22 โครงการ, 31 ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ 5 การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)
แผนงานที่ 7 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ
แผนงานที่ 8 การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
แผนงานที่ 9 อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย

3. ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ
(จำนวน 1 แผนงาน, 2 โครงการ, 3 ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ 10 การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

4. ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล
(จำนวน 4 แผนงาน, 7 โครงการ, 13 ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ 11 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
แผนงานที่ 12 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
แผนงานที่ 13 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
แผนงานที่ 14 การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ



นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565

1. ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

-คนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว 3 หมอ

-พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ รพ.สต.

2. เศรษฐกิจสุขภาพ

-เพิ่มมูลค่านวัตกรรมผลิตภัณฑ์,บริการสุขภาพ มุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

3. สมุนไพร กัญชา กัญชง

-พัฒนาพืชสมุนไพร กัญชา กัญชง กระท่อม และภูมิปัญญาไทย

4. สุขภาพดีวิถีใหม่

-Living with COVID-19

5. COVID-19

-Smart Control

-Vaccine Coverage

6. ระบบบริการก้าวหน้า

-ผลักดัน 30 บาทรักษาทุกที่ให้ผู้ป่วยมะเร็งได้ทุกที่ (Cancer Anywhere)

-Innovation Health Care Management : EMS (Environment modernize Smart Service)

-พัฒนาศักยภาพรองรับผู้ป่วยโควิด และโรคทางเดินหายใจ

7. ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

-บูรณาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ครบด้าน BMTEC (Brain Mental Teeth-Eye&Ear Cardio)

-พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิต

8. ธรรมาภิบาล

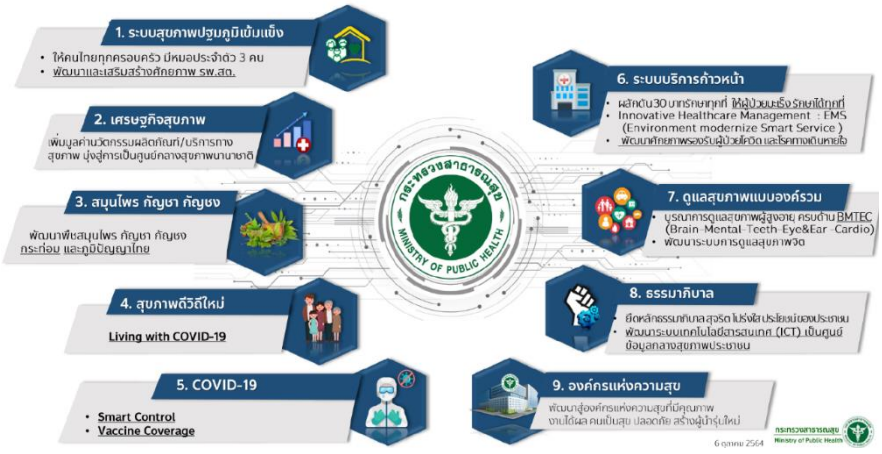
-ยึดหลักธรรมาภิบาล สุจริต โปร่งใส เน้นประโยชน์ของประชาชน

-พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT) เป็นศูนย์ข้อมูลกลางสุขภาพประชาชน

9. องค์กรแห่งความสุข

-พัฒนาสู่องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

-งานได้ผล คนเป็นสุข ปลอดภัย สร้างผู้นำรุ่นใหม่



1. ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

Key result	1.จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน (30 ล้านคน)		3.อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (ร้อยละ 75)	
	2.การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตาม พรบ.ฯ (3,000 ทีม)		4. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพรพ.สต.ติดดาว ระดับ 5ดาว 75%(สะสม)	
Impact of Policy	พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ลดเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่าย สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม			
Value chain (Key Strategy)	**พัฒนากลไก การดำเนินงานปฐมภูมิ**	**พัฒนากำลังคน ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ**	**พัฒนาศักยภาพ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ**	**สร้างและสนับสนุน การมีส่วนร่วม**
Key Activity	•ขับเคลื่อนพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 / คม.ลูกอื่น ๆ/สื่อสารนโยบายแก่บุคลากรทุกระดับ/ขึ้นทะเบียน PCU/NPCU •แผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2564-75 •พัฒนากลไกการเงินการคลังปฐมภูมิ •ขยายผลและพัฒนาระบบข้อมูลปฐมภูมิ (แพทย์คู่ประชาชน/HIE/ระบบให้คำปรึกษา /PHR) •ประเมินผลสัมฤทธิการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ •ขับเคลื่อน พชอ. ตามระเบียบ ฯ /ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต •พัฒนาระบบข้อมูล พชอ.	• สนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว • สนับสนุนการพัฒนาแพทย์ /คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว • เพิ่มสถาบันวิชาการเพื่อสนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว • พัฒนาระบบสร้างแรงจูงใจ • พัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้าน/อาสาสมัครประจำครอบครัว อสค. • พัฒนาศักยภาพทีมเลขา พชอ.	• ขยายผลรูปแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ • พัฒนาหลักเกณฑ์คุณภาพ/มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ • ประสานเชื่อมโยงระบบส่งต่อ • พัฒนาวิชาการเพื่อสนับสนุนระบบบริการ • พัฒนาและเพิ่มศักยภาพ รพ.สต. • พัฒนารพ.สต. ให้ผ่าน เกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว • พัฒนาวิชาการเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชน	• สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในระบบสุขภาพ • ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและจัดการระบบข้อมูลองค์ความรู้สำหรับประชาชน • สื่อสารช่องทางการติดต่อ หมอประจำตัว 3 คน และสร้างการรับรู้กับประชาชน 30 ล้านคน
Quick Win	**ไตรมาส 1 (3 เดือน)** - แผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.65 ระดับ จ./เขตฯ - รูปแบบการติดตาม ประเมิน ผลการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ - คัดเลือกประเด็นสำคัญ 2 ประเด็น + COVID 19 - กำหนดกลุ่มเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบาง (ผู้สูงอายุ ผู้พิการ IMC IMC ผู้ได้รับผลกระทบจาก COVID)	**ไตรมาส 2(6 เดือน)** - คนไทย 27 ล้านคน มีหมอประจำตัว 3 คน - จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 2,700 ทีม - มีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม	**ไตรมาส 3 (9 เดือน)** - คนไทย 28ล้านคน มีหมอประจำตัว 3คน - จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 2,800ทีม - ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ระดับจังหวัด/เขต	**ไตรมาส 1 (12 เดือน)** - คนไทย 30 ล้านคน มีหมอประจำตัว 3 คน - จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 3,000 ทีม มีเต็มพื้นที่จังหวัดละ 1 อำเภอ - อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ 75 % - พชอ.ดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางร่วมกับ 3 หมอ 3 ล้านคน - รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5ดาว 75 %(สะสม)
ผู้รับผิดชอบ	หลัก : สป. (สสป.) ร่วม : สบส./กบรส./กรม คร./กรม อ./สปสช./สรพ./สบช./สสส./กอง กม./ศูนย์เทคฯ/กองเศรษฐ์			

2. เศรษฐกิจสุขภาพ

Key result	เป้าหมาย : สถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย มีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจรเพิ่มขึ้น ตัวชี้วัด : ร้อยละของสถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร (ร้อยละ 10) ผลผลิต : สถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ มีมาตรฐานสากล และมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร ผลลัพธ์ : 1. ประเทศไทยมีความพร้อมในการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical & Wellness Hub) และรองรับการเปิดประเทศ (Smart Living with COVID-19) 2. ผลิตภัณฑ์มวลรวมของนวัตกรรมผลิตภัณฑ์/บริการทางสุขภาพเพิ่มขึ้น			
Impact of Policy	การขับเคลื่อนอุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ครบวงจร โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาแบบบูรณาการควบคู่กับอุตสาหกรรมที่เกี่ยวเนื่อง ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา และนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาใช้ในทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและศักยภาพในทุกมิติ และเชื่อมโยงกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้ไทยเป็นศูนย์กลาง ด้านอุตสาหกรรมและบริการสุขภาพ			
Value chain (Key Strategy)	**พัฒนาและยกระดับมาตรฐานกิจการด้านสุขภาพและนวัตกรรมผลิตภัณฑ์สุขภาพ**	**ขับเคลื่อนเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ**	**เปิดระบบสถานกักกันตามที่รัฐกำหนด**	**ขับเคลื่อนการส่งเสริมการค้าการลงทุน การตลาด และประชาสัมพันธ์**
Key Activity	1. พัฒนาและยกระดับมาตรฐานกิจการด้านสุขภาพ และนวัตกรรมผลิตภัณฑ์สุขภาพ เข้าสู่มาตรฐานสากลรองรับการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร 2. ส่งเสริม พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านธุรกิจสุขภาพให้มีศักยภาพในการแข่งขันในอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร	1. บรรจุกิจการด้านสุขภาพที่ผ่านมาตรฐานระดับสากล หรือมีบริการรักษาพยาบาลดึงดูดชาวต่างชาติ (Magnet) ไว้ในเส้นทางท่องเที่ยว เชิงสุขภาพ 2. เปิดระบบการท่องเที่ยวรูปแบบ Sandbox รองรับการเปิดประเทศ (Smart Living with COVID-19)	เปิดระบบสถานกักกันตามที่รัฐกำหนด (AHQ/ASQ/GQ เป็นต้น)	1. ประชาสัมพันธ์กิจการด้านสุขภาพที่ผ่านมาตรฐานระดับสากล และมีบริการรักษาพยาบาลดึงดูดชาวต่างชาติ (Magnet) ผ่านช่องทางOnline และOffline 2. ส่งเสริมการจับคู่เจรจาทางธุรกิจและการลงทุนขนาดใหญ่ด้านบริการสุขภาพแบบครบห่วงโซ่ในจังหวัดนำร่อง 3. การจัดงาน “Thailand International Health Expo 2022”
Quick Win	**ไตรมาส 1 (3 เดือน)** 1.จัดทำ Model จังหวัดต้นแบบรองรับการเปิดระบบการท่องเที่ยวรูปแบบ Sandbox 2.จัดทำแผนบรรจุกิจการด้านสุขภาพ ที่ผ่านมาตรฐานระดับสากล หรือมีบริการรักษาพยาบาลดึงดูดชาวต่างชาติ (Magnet) ไว้ในเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 3.จัดทำมาตรการอำนวยความสะดวกรองรับการเปิดประเทศ 4. จัดทำแผนการส่งเสริมการตลาดและประชาสัมพันธ์บริการทางการแพทย์ในเส้นทางท่องเที่ยว เชิงสุขภาพ	**ไตรมาส 2(6 เดือน)** 1.พัฒนาและยกระดับมาตรฐานกิจการด้านสุขภาพและนวัตกรรมผลิตภัณฑ์สุขภาพเข้าสู่มาตรฐานสากล รองรับการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร 2.ส่งเสริม พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านธุรกิจสุขภาพให้มีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร 3.เปิดระบบสถานกักกันตามที่รัฐกำหนด (AHQ/ASQ/GQ) ในจังหวัดที่พร้อมรองรับการเปิดประเทศ 4.ประชาสัมพันธ์กิจการด้านสุขภาพที่ผ่านมาตรฐานระดับสากล และมีบริการรักษาพยาบาลดึงดูดชาวต่างชาติ (Magnet) ผ่านช่องทางOnline และ Offline 5.ส่งเสริมการจับคู่เจรจาทางธุรกิจและการลงทุนขนาดใหญ่ด้านบริการสุขภาพในจังหวัดนำร่อง 6.จัดงาน “Thailand International Health Expo 2022”	**ไตรมาส 3 (9 เดือน)** 1.จัดเก็บข้อมูล Big Data ด้านการท่องเที่ยว เชิงสุขภาพและกิจการด้านสุขภาพที่มีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมการแพทย์ในจังหวัดท่องเที่ยวนำร่อง 2.พัฒนากลไกการประเมินผลกิจการ ด้านสุขภาพเข้าสู่มาตรฐานสากล รองรับการขยายพื้นที่ในจังหวัดที่มีความพร้อม	**ไตรมาส 1 (12 เดือน)** 1.ร้อยละของสถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมการแพทย์ ครบวงจร (ร้อยละ 10) 2.รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในจังหวัดท่องเที่ยวรูปแบบ Sandbox และการเข้ารับบริการในสถานกักกันตามที่รัฐกำหนดเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 5) 3.จำนวนชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาท่องเที่ยวในจังหวัดนำร่องรูปแบบ Sandbox และเข้ารับบริการในสถานกักกันตามที่รัฐกำหนดเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 5)
ผู้รับผิดชอบ	หลัก: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วม: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก , กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ , สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, กรมควบคุมโรค			

3. สมุนไพร กัญชา กัญชง

Key result	KPI : 1) จำนวนมูลค่าการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรในประเทศไทยเพิ่มขึ้นร้อยละจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5 2) ร้อยละของมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 Output : 1) สมุนไพร กัญชา กัญชง และกระท่อม ตามภูมิปัญญาได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างครบห่วงโซ่อุปทาน 2) เมืองสมุนไพรได้รับการพัฒนาด้านการเกษตร วัตถุดิบสมุนไพร อุตสาหกรรมสมุนไพร และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ Outcome : 1) มูลค่าการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรในประเทศไทยเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 45,712.8 ล้านบาท หรือ 1,525.76 ล้านดอลล่าร์สหรัฐอเมริกา 2) ประชาชนมีทางเลือกและเข้าถึงผลิตภัณฑ์สมุนไพร กัญชา กัญชง และกระท่อมตามภูมิปัญญาเพื่อการดูแลสุขภาพที่มีมาตรฐานและปลอดภัย
Impact of Policy	สถานการณ์/ ปัญหา/ ข้อมูลพื้นฐาน : 1) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายสำคัญเพื่อให้หน่วยบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 พบว่าหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ สามารถจัดบริการได้ถึงร้อยละ 71.2 แต่ยังพบโอกาสในการพัฒนาการเข้าถึงคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการในสถานพยาบาลภาคเอกชนและความยั่งยืนของการดำเนินงานในอนาคต โดยเฉพาะการสนับสนุนให้เกิดแหล่งวัตถุดิบที่มีคุณภาพและเพียงพอต่อความต้องการทางการแพทย์ ซึ่งจะช่วยให้ต้นทุนวัตถุดิบอย่างเพียงพอในอนาคต ซึ่งได้มีการพัฒนาแนวทางการปลูกเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทั้งการพัฒนายาและพัฒนาให้เป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพ ถือเป็นประโยชน์ในการเพิ่มรายได้ให้กับครัวเรือนและชุมชน สำหรับกัญชง และกระท่อม ต่างก็เป็นสมุนไพรที่มีศักยภาพในอนาคต ซึ่งผู้ประกอบการในหลายภาคส่วนให้ความสนใจเพื่อสร้างความสามารถในการแข่งขัน แต่ยังดำเนินการได้ภายใต้ข้อจำกัดทางด้านกฎหมาย 2) จากข้อมูลของ Euromonitor (2020) พบว่าตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประเทศไทยมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องจนถึงปี 2563 ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19 ที่มีการปิดประเทศ ส่งผลให้ขนาดของตลาดลดลงเหลือเพียง 45,837 ล้านบาท จากที่เคยขยายตัวได้ถึง 52,171 ล้านบาทในปี 2562 (ขยายตัวลดลงร้อยละ 12.14) ด้วยเหตุนี้การพัฒนาศักยภาพของสมุนไพร กัญชา กัญชง เพื่อรองรับกระแสการดูแลสุขภาพและการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในช่วง Post-COVID 19 จึงเป็นสิ่งที่จะช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจในประเทศให้ดีขึ้นได้

Value chain (Key Strategy)	ต้นทาง	กลางทาง	ปลายทาง
Key Activity	1. พัฒนาระบบการรับรองวัตถุดิบ และยกระดับคุณภาพมาตรฐานวัตถุดิบสมุนไพรและสารสกัดให้ตรงตามความต้องการของตลาดผ่าน 1.1 กำหนดมาตรฐานเพื่อยกระดับคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพรและสารสกัด (THP มาตรฐานอื่นที่ อย. รับรอง และมาตรฐานอุตสาหกรรม) 1.2 ตรวจคุณภาพของวัตถุดิบสมุนไพรและสารสกัด 1.3 เร่งรัดการรับรองห้องปฏิบัติการคุณภาพเพื่อรองรับการตรวจคุณภาพวัตถุดิบ (ISO17025) 1.4 สร้างเครือข่ายห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานในการตรวจวิเคราะห์คุณภาพวัตถุดิบ 2. จับคู่เจรจาธุรกิจการค้า (อุตสาหกรรมสมุนไพรและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ) 3. ส่งเสริมให้เกิดกลไกตลาดกลางวัตถุดิบสมุนไพรและสารสกัดต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 แห่ง	1. ร่วมมือ สร้างเครือข่าย และดำเนินการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม/ผลิตภัณฑ์สมุนไพร กัญชา กัญชง กระท่อม และผลิตภัณฑ์จากภูมิปัญญาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และการส่งเสริมสุขภาพ ที่เป็นไปตามความต้องการของตลาดทั้งในและต่างประเทศ 2. ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนในการส่งเสริมศักยภาพและให้คำปรึกษาเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อเพิ่มความสามารถในการแข่งขัน 3. เร่งรัด ปรับปรุง กระบวนการและกลไกการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสมุนไพรให้ทันกับสถานการณ์ทางการตลาด 4. การปรับปรุงและพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สมุนไพร กัญชา กัญชง กระท่อม เพื่อสร้างโอกาสและสร้างความสามารถในการแข่งขัน	1. สร้างการรับรู้และส่งเสริมความความรู้ด้านสมุนไพร กัญชา กัญชง กระท่อม ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน 2. ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมการตลาดและประชาสัมพันธ์ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรคุณภาพ 2.1 ยกระดับและรับรองคุณภาพผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน 2.2 ประชาสัมพันธ์และเพิ่มช่องทางการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรคุณภาพทั้งรูปแบบ On-site และ on-line 2.3 จับคู่เจรจาธุรกิจผลิตภัณฑ์สมุนไพรคุณภาพเพื่อส่งเสริมการตลาดทั้งในและต่างประเทศ 3. นำอัตลักษณ์ของภูมิปัญญาและคุณประโยชน์ของสมุนไพร กัญชา กัญชง และกระท่อม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ (Medical Health & Wellness hub) 4. ส่งเสริมการใช้สมุนไพร กัญชา กัญชง และกระท่อม ทางการแพทย์แบบบูรณาการในสถานบริการสาธารณสุข 5. สร้างความน่าเชื่อถือ ส่งเสริมการใช้สมุนไพรและกัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องและปลอดภัย สร้างการยอมรับในผลิตภัณฑ์สมุนไพร และผลักดันสมุนไพรเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ

Quick Win	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2(6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 1 (12 เดือน)
	1. มีแนวทางการประเมินเส้นทางการท่องเที่ยวในเมืองสมุนไพร (พท.)	1. มีผลการประเมินศักยภาพเส้นทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (พท.) 2. มีเครือข่ายห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานเพื่อยกระดับคุณภาพวัตถุดิบเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 (วิทย์ฯ)	1. มีการจับคู่ธุรกิจการค้า อย่างน้อย 1 ครั้ง (พท.) 2. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ใน สป.สธ. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 (พท.) 3. มีหลักเกณฑ์การอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เอื้อต่อเศรษฐกิจฐานราก / อำนวยความสะดวกต่อผู้ประกอบการ อย่างน้อย 5 หลักเกณฑ์ (อย.)	1. มีรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้น 5 รายการ (อย./พท.) 2. มีผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสมุนไพรเชื่อมโยงเส้นทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและเมืองสมุนไพร 100 รายการ ในแหล่งการท่องเที่ยว (พท.) 3. เพิ่มรายการผลิตภัณฑ์สมุนไพรอ้างอิง เพื่อลดภาระในการขออนุญาต 30 รายการ (อย./พท.) 4. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรนวัตกรรมที่ผ่านการบ่มเพาะฯ อย่างน้อย 10 รายการเข้าสู่การขออนุญาต (อย.) 5. คู่มือแนวปฏิบัติในการส่งออกประเทศคู่ค้า อย่างน้อย 3 ประเทศเป้าหมาย (อย.) 6. มีที่ปรึกษาชุมชน (เข้าใจหลักเกณฑ์ อย) นำร่อง 9 จังหวัด (อย.)

ผู้รับผิดชอบ	หลัก: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วม: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ,อย., สถาบันกัญชาทางการแพทย์ ใน สธ. : กรมวิทย์ฯ , อย. ,พท. ,สป.สธ. นอก สธ : กษ., อก., พณ., อว. , กท., กต., มท., ทกท.,สภาอุตสาหกรรม และสภาหอการค้าไทย

4. สุขภาพดีวิถีใหม่

Key result	คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย 1) ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ ร้อยละ 80 2) จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ 10 ล้านคน 3) กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ ร้อยละ 90
Impact of Policy	สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 แม้ว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และผู้เสียชีวิตจะมีแนวโน้มลดลงจากในช่วงเดือนที่ผ่าน แต่ก็คงตัวในระดับสูงอยู่ ในขณะที่วัคซีนยังครอบคลุมตามเป้าหมาย การที่ใช้ชีวิตในสถานการณ์ระบาดอย่างปลอดภัยมีสุขภาพดี ประชาชนและภาคส่วนต่างๆในสังคมทั้งรัฐและเอกชนต้องมีความรอบรู้ทางสุขภาพ ที่พอเพียงในการจัดการด้านสุขอนามัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม จึงจะสามารถควบคุม ป้องกันโรค ลดผลกระทบทางสุขภาพ และสังคมและเศรษฐกิจสามารถขับเคลื่อนต่อไปได้

Value chain (Key Strategy)	**ขับเคลื่อนนโยบาย/กฎหมาย/มาตรการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐาน**	**ยกระดับด้านสุขอนามัย และความรอบรู้สุขภาพประชาชนสู่ฐานวิถีชีวิตใหม่ (New Normal)**	**ยกระดับความปลอดภัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมของกิจการกิจกรรม และสถานประกอบการ เตรียมเปิดเมือง เปิดประเทศ**
Key Activity	1. ประสานนโยบาย/ความร่วมมือกับเครือข่ายภาครัฐ เอกชน และประชาชน - การเชื่อมโยงฐานข้อมูลคน และกิจการ - จัดทำมาตรการ มาตรฐาน และคลไกกำกับ ตรวจสอบ 2. จัดทำชุดข้อมูล ความรู้ และช่องทางสื่อสารและตอบโต้ความเสี่ยง 3. พัฒนาแพลตฟอร์มสุขภาพดีวิถีใหม่ (National PP Platform) - Health Book Online : Register, Risk Ass, Beh. Change - ระบบกำกับ ติดตามและขับเคลื่อนกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ 4. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย	1. ขับเคลื่อนให้คนไทยทุกคนมีสมุดสุขภาพประจำตัวออนไลน์: เด็กแรกเกิด เด็กนักเรียน ป.1 และประชาชนที่อายุย่างเข้า 60 ปี 2. National Campaign : สื่อสารสร้างความรอบรู้ On Air, Online, On ground, UP, กิจกรรมทางกาย 3. ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมทั้งภายในและภายนอกบ้าน 4. ขับเคลื่อนครอบครัวรอบรู้ด้านสุขภาพ/ ครอบครัวรู้สู้โควิด 5. ขับเคลื่อนองค์กรความรอบรู้ด้านสุขภาพ : HLO (สถานบริการสาธารณสุข)	ขับเคลื่อน COVID Free Area ด้วยมาตรการ CFS/Healthy City ในพื้นที่เปิดเมือง เปิดประเทศ 1. กิจการด้านสังคม - สพด. 4D/ ss./HPS/กิจการผู้สูงอายุ/ศาสนสถาน 2. กิจการด้านเศรษฐกิจ และการดำรงชีวิต - สถานประกอบการประเภทโรงงาน - ตลาด ร้านอาหาร และอาหารริมบาทวิถี 3. ยกระดับความปลอดภัยพื้นที่ เมืองท่องเที่ยว ตามแผนเปิดเมือง (Covid Free Area : Covid Free Setting/Healthy City) 4. เฝ้าระวัง และกำกับระบบการจัดการสุขาภิบาลอาหาร น้ำ สิ่งปฏิกูลและมูลฝอยติดเชื้อ

Quick Win	**ไตรมาส 1 (3 เดือน)**	**ไตรมาส 2 (6 เดือน)**	**ไตรมาส 3 (9 เดือน)**	**ไตรมาส 1 (12 เดือน)**
	1. แผนปฏิบัติการบูรณาการร่วมระหว่างกระทรวง และภาคประชาสังคม : การขับเคลื่อน การจัดทำ Sandbox การติดตามกำกับ 2. เชื่อมโยงฐานข้อมูล สู่ระบบ Health Book และมาตรการคลุ่มวัย และ Setting 3. พัฒนาศักยภาพกลุ่มเป้าหมายสำคัญ : ผู้ดูแลเด็ก ครู CM CG พระ ผปค./ผู้ปฏิบัติงาน จพง.ตาม พรบ.สธ. ผู้พิทักษ์อนามัย จนท.สธ. ฯลฯ 4. National Campaign : UP ก้าวท้าใจ อาหารปลอดภัย เปิดเมืองท่องเที่ยว CFS (Sandbox) HLO ฯลฯ 5. พื้นที่ จังหวัด เปิดเมือง เปิดประเทศ ดำเนินการ CFS/Healthy City ทุกแห่ง (43 จังหวัด)	1. คนไทยเข้าถึง Health Book ร้อยละ 30 ของเป้าหมาย 2. ประชาชน มีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ ร้อยละ 80 3. ประชาชนเข้าร่วมก้าวท้าใจ 3,700,000 บัญชี 4. จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ 5 ล้านคน 5. สถานบริการ สธ ขับเคลื่อน HLO ร้อยละ 20 6. พื้นที่เปิดเมือง ขับเคลื่อนให้ กิจการ/กิจกรรม/สปก. ประเมินตนเอง และปฏิบัติตามมาตรการ ร้อยละ 50 (จากเป้าหมาย)	1. คนไทยเข้าถึง Health Book ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย 2. ประชาชน มีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ ร้อยละ 80 3. ประชาชนเข้าร่วมก้าวท้าใจ 4,000,000 บัญชี 4. จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ 7 ล้านคน 5. สถานบริการ สธ ขับเคลื่อน HLO ร้อยละ 40 6. พื้นที่เปิดเมือง ขับเคลื่อนให้ กิจการ/กิจกรรม/สปก.ประเมินตนเอง และปฏิบัติตามมาตรการ ร้อยละ 70 (จากเป้าหมาย)	1. คนไทยเข้าถึง Health Book ร้อยละ 70 ของเป้าหมาย 2. ประชาชน มีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ ร้อยละ 80 3. ประชาชนเข้าร่วมก้าวท้าใจ 5,000,000 บัญชี 4. จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ 10 ล้านคน 5. สถานบริการ สธ ขับเคลื่อน HLO ร้อยละ 50 และเป็นต้นแบบ 13 แห่ง (เขตละ 1 แห่ง) 6. พื้นที่เปิดเมือง ขับเคลื่อนให้ กิจการ/กิจกรรม/สปก. ประเมินตนเอง และปฏิบัติตามมาตรการ ร้อยละ 90 (จากเป้าหมาย)
ผู้รับผิดชอบ	กรมอนามัย			

5. COVID-19

Key result	ประเทศมีระบบงานความมั่นคงด้านสุขภาพและระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพที่ครบวงจรเพื่อยกระดับความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพสามารถ อบโต้ภาวะฉุกเฉินได้ทุกภัยอย่างรวดเร็วเป็นระบบมีความเป็นเอกภาพมีประสิทธิภาพและปลอดภัยเพื่อปกป้องชีวิตสวัสดิภาพและความเป็นอยู่ของประชาชนชาวไทยด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนแบบบูรณาการและยั่งยืนสร้างสมดุลการควบคุมโรคและการดำเนินชีวิตที่ปลอดภัย 1) จังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน 2) ร้อยละ70ของประชากรที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 3) อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019ของทั้งประเทศต่ำกว่าร้อยละ1.55			
Value chain (Key Strategy)	**Upgrade & Development Preparedness & Prevention**	**Detection**	**Response**	**Recovery**
Key Activity	- Situation Awareness (Critical Information) : ข้อมูลคาดการสถานการณ์ภาพรวมในทุกระดับ Risk Prioritisation & Resource Mapping (สป.,คร.) - โครงการสร้างพื้นฐาน : ปรับปรุง IT infrastructure ที่สำคัญต่างๆ ยกระดับห้องปฏิบัติการและการตรวจที่รวดเร็ว และนำ rapid test มาใช้ จัดเตรียมเวชภัณฑ์ยาและมิใช่ยา และชุดตรวจหาเชื้อ ความมั่นคงด้านยาวัคซีนและเวชภัณฑ์ (สป., คร., พ., วพ., อย.) - ระบบ : ปรับปรุงแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน (IAP/BCP) จัดระบบ BCM ปรับปรุง SOP ประสานและพัฒนาความเข้มแข็งในการทำงานเครือข่ายภายในและภายนอก พัฒนาการจัดการความรอบรู้และสื่อสารความเสี่ยง (สป.,คร.(ครฉ.,สื่อสาร),พท.) - กฎหมาย : สร้างความเข้มแข็งกลไกขับเคลื่อน พ.ร.บ.โรคติดต่อฉบับใหม่ (คร.(คม.,กรต.)) - คน : พัฒนากำลังคนด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินและการนำระบบ ICS มาใช้ด้านระบาดวิทยาภาคสนาม ด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน และด้านอื่นๆ ตาม resource gab (รัฐ สังคม เอกชน) ดูแลบุคลากรด้านสาธารณสุข ด้านสุขภาพกายและจิต และความปลอดภัย (สป.,คร.,สจ.,อว) - พัฒนาวิชาการและนวัตกรรม เพื่อนไปสู่มาตรการในการป้องกันให้มีประสิทธิภาพ : เช่น โรงงาน โรงแรม โรงเรียน ชุมชน ฯลฯ Covid Free Setting วิจัยสมุนไพร (คร.,สบส.,อ.,พท.,สวรส.)	- ระบบข้อมูลบริหารจัดการและผลการฉีดวัคซีน (คร, สป) - ระบบเฝ้าระวัง: พัฒนาระบบเฝ้าระวังและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 พัฒนาระบบเฝ้าระวังที่ด่านควบคุมโรค พัฒนาระบบ Data Analytics พัฒนามาตรการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการให้เหมาะกับสถานการณ์ (คร (ระบาด,ด่าน),สป) - ระบบงาน SA: พัฒนาทีม SA, พัฒนา SOP สำหรับการ Activate EOC (คร (ครฉ ,ระบาด), สป) - พัฒนาระบบ Quarantine ให้เป็นไปตามมาตรฐาน (คร (ด่าน),สบส)	- ระบบบัญชาการเหตุการณ์: ใช้ ICS (สป,คร) - สื่อสารความเสี่ยงอย่างหมาะสม/เท่าทันสถานการณ์ เช่น call center (คร (สื่อสาร),สพฉ,พ) - ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย: พัฒนาระบบส่งต่อและดูแลรักษาผู้ป่วย,Home/Community Isolation,ARI clinic, Telemedicine, CCRT, ปัญหาสุขภาพจิต (พ,สจ,สพฉ,พท) - บริหารคลังเวชภัณฑ์: ระบบกระจายและตรวจสอบติดตาม ยา ฟ้าทะลายโจร เวชภัณฑ์ PPE วัคซีน (คร (กรต),สป,พ,อก,พท,อย) - โครงสร้างพื้นฐาน: เพิ่มจำนวนเตียงและศักยภาพการรองรับผู้ป่วย พัฒนาโรงพยาบาลสนาม (สบส,พ) - การป้องกันและควบคุมโรค: เสริมสร้างความเข้มแข็งที่มปฏิบัติการการฉีดวัคซีน สอบสวนควบคุมโรคเพื่อสอบสวนโรคติดต่ออันตรายตาม พ.ร.บ.ต.ป้องกันกลุ่มเสี่ยง (คร (ระบาด),สป)	- ระบบบัญชาการเหตุการณ์: สรุปบทเรียน ทบทวน ปรับปรุงแผนและ SOP (สป, คร (ครฉ)) - กิจกรรมที่สำคัญ: ลดผลกระทบทางสุขภาพ ชุมชนคืนสู่สุขภาวะ ส่งเสริมการแพทย์แผนไทยฯ ฟื้นฟูสภาพจิตใจ ผู้ได้รับผลกระทบ (อ,พ,สจ,พท) - กำลังคน: พัฒนากำลังคนขาดแคลน / พัฒนากำลังคนด้านระบาดวิทยา (อว,คร (ระบาด)) - พัฒนาระบบข้อมูลบริหารจัดการและผลการฉีดวัคซีน (สป, คร) - พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพิ่มเติม: ด้าน infrastructure สำหรับการจัดการภาวะฉุกเฉินและระบบดิจิทัล (สป (IT),คร) - เตรียมการรองรับภายหลังควบคุมโควิดได้
Quick Win	**ไตรมาส 1 (3 เดือน)** 1. จังหวัดนำร่องการท่องเที่ยวผ่านการประเมิน 2. ปชช.ได้รับวัคซีนเข็มแรกอย่างน้อยร้อยละ 80 3. Realtime Dashboard เพื่อการตัดสินใจ 4. แผน BCP & IAP ฉบับปรับปรุง	**ไตรมาส 2(6 เดือน)** 1. ประเมินและขยาย จว.นำร่องท่องเที่ยว (พื้นที่สีฟ้า) 2. ถอดบทเรียนดำเนินงานโควิด 3. ปชช.กลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต 4. การจัดหาวัคซีนเป็นไปตามแผน	**ไตรมาส 3 (9 เดือน)** 1. การเข้ารับการแยกกัก/กักกัน 2. ผู้ป่วยที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรไม่มีอาการรุนแรงขึ้น (เฝ้าระวังอาการ) 3. ประเมินผลการได้รับวัคซีนในเด็ก 12-18 ปี	**ไตรมาส 1 (12 เดือน)** 1. ปชช.ที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนตามแผน 2. อัตราป่วยตายไม่เกินค่าเป้าหมาย 3. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยฯ 4. ประเมินผล ปชช. ได้รับบริการสุขภาพกายและจิต
ผู้รับผิดชอบ	ภายในสธ.: พ,วพ,อ,สจ,พท,สบส,สป(สธฉ,ศ.เทค),อย,สวรส,ส.วัคซีน,อก,สพฉ. ภายนอกสธ.:กห,มท,ดศ,กก,กต,พม,สตช,กทม,สมาคมวิชาชีพ		ภาควิชาการ: อว ภาคเอกชน: สมาคมธุรกิจรพ./คลินิก/ห้องปฏิบัติการ ผู้ประกอบการท่องเที่ยวและโรงแรม	

6. ระบบบริการก้าวหน้า
(6.1 ผลักดัน 30 บาทรักษาทุกที่ ให้ผู้ป่วยมะเร็ง รักษาได้ทุกที่ (Cancer Anywhere))

Key result	**Result** เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน เข้าถึงการรักษาได้รวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอยในการรับบริการ ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องโดยไม่ต้องมีใบส่งตัว **KPI** 1. โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ร้อยละ 60 เทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ e-Claim 2. ทุกรพ.ที่ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยมะเร็งในกองทุนสปสช.มีผู้ประสานงานโรคมะเร็ง (Cancer Coordinator) ในการประสานส่งต่อผู้ป่วย 3. ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเข้าถึงบริการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ภายใน 4, 6 และ 6 สัปดาห์ เป็นร้อยละ 75, 75 และ 60 ตามลำดับ
Impact of Policy	โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ทำให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาลทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ในการรักษาโรคมะเร็ง ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค เดิมการเข้าถึงการรักษาจะต้องมีการส่งต่อตามระบบจากโรงพยาบาลขนาดเล็กไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพในการรักษาได้ตามลำดับ โดยอาศัยการส่งตัวและรับรองสิทธิจากโรงพยาบาลต้นสิทธิตามภูมิลำเนาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลาในเดินทางเพื่อขอหนังสือรับรองสิทธิ นอกจากนี้บางการรักษาพบปัญหาระยะเวลารอคอยนาน ซึ่งอาจส่งผลต่อการรักษาของผู้ป่วย ระบบบริการมะเร็งรักษาได้ทุกที่จะช่วยลดข้อจำกัดเรื่องการที่ต้องมีหนังสือส่งตัว และเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการรักษาด้วยเครื่องมือต่างๆ โดยนำเทคโนโลยีมาช่วยในการบริหารจัดการ

Value chain (Key Strategy)	**พัฒนาหน่วยบริการให้มีความพร้อม**	**ขับเคลื่อนและบูรณาการทุกภาคส่วน**	**ประเมินผลหน่วยบริการโรคมะเร็ง**
Key Activity	1. ทบทวนทำความเข้าใจนโยบายและเครื่องมือในโครงการมะเร็งรักษาได้ทุกที่ (Refresh) 2. Update ทะเบียนผู้ประสานงาน Cancer Coordinator	1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานมะเร็งรักษาได้ทุกที่ ในแต่ละเขตสุขภาพ โดยร่วมมือกับเครือข่ายด้านโรคมะเร็ง 2. ลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมะเร็งรักษาได้ทุกที่	1. ประเมินการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2. ประเมินความพึงพอใจต่อการบริการมะเร็งรักษาทุกที่ 3. ประเมินการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งในระบบ TCB Plus

Quick Win	**ไตรมาส 1 (3 เดือน)**	**ไตรมาส 2 (6 เดือน)**	**ไตรมาส 3 (9 เดือน)**	**ไตรมาส 4 (12 เดือน)**
	- เขตสุขภาพได้รับการทบทวน (Refresh) เกี่ยวกับการดำเนินงาน - เขตสุขภาพมีผู้ประสานงาน Cancer Coordinator ครบทุกหน่วยบริการที่มีการรักษาโรคมะเร็ง	- เขตสุขภาพมีแผนเพิ่มจำนวนร้อยละการส่งข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เข้าในระบบ TCB Plus - มีระบบรายงานบน website เพื่อให้เขตสุขภาพใช้ในการติดตามกำกับการดำเนินงาน	- เขตสุขภาพมีระบบการให้บริการโรคมะเร็งรักษาได้ทุกที่ เป็นรูปธรรมตามบริบทตัวเอง	- จำนวนร้อยละการส่งข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เข้าในระบบ TCB Plus มากกว่าร้อยละ 60% - การเข้าถึงการรักษาผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ในระยะเวลา 4, 6 และ 6 สัปดาห์เป็นไปตามเป้าหมายในปี 2565

ผู้รับผิดชอบ	กรมการแพทย์, สป.สธ. (กบรส. กตร.)

6. ระบบบริการก้าวหน้า
(6.2 พัฒนาศักยภาพรองรับผู้ป่วยโควิด และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ)

Key result	KPI: รพ.ระดับ A, S, M1, M2 ทุกแห่ง มีการพัฒนาศักยภาพรองรับผู้ป่วยโควิด และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ค่าเป้าหมาย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80) Output: มีแผนศักยภาพรองรับผู้ป่วยโควิด และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และพัฒนาตามแผน Outcome: อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของทั้งประเทศ ร้อยละ 1.55		
Impact of Policy	สถานการณ์/ ปัญหา/ ข้อมูลพื้นฐาน: จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 หรือโควิด – 19 พบว่าอัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อร้อยละ 1.04 จากผู้ป่วย 1,489,186 ราย และ รพ.ระดับ A และ S ให้บริการตามแนวเวชปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ คิดเป็นร้อยละ 30 จึงยังส่งผลกระทบความปลอดภัยทางสุขภาพของประชาชนและขีดความสามารถของโรงพยาบาลทำให้ต้องประสบกับปัญหาการรองรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 และผู้ป่วยอื่นๆ ซึ่งหากประเทศใช้มาตรการคลายล็อกประเทศและให้ประชาชนใช้ชีวิตปกติวิถีใหม่ด้วยการอยู่ร่วมกับเชื้อโควิด-19 และโรคทางเดินหายใจที่อาจอุบัติใหม่-ซ้ำ รวมทั้งการกลายพันธุ์ของโรคทางเดินหายใจประกอบกับประชาชนมี พฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไปและการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัยรวดเร็ว จึงต้องมีการทบทวน เตรียมความพร้อม และออกแบบระบบบริการสุขภาพที่สามารถรองรับผู้ป่วยโควิด-19 และโรคทางเดินหายใจในสถานพยาบาลทุกระดับที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยเร่งด่วน และผู้ป่วยเรื้อรัง ให้สามารถให้บริการโดยไม่หยุดชะงัก		
Value chain (Key Strategy)	**(ต้นทาง)**	**(กลางทาง)**	**(ปลายทาง)**
Key Activity	- ทบทวน/ถอดบทเรียนด้านการวินิจฉัยดูแลรักษา การป้องกันการติดเชื้อใน รพ. - การจัดระบบการรักษาพยาบาลใน รพ. และนอกสถานพยาบาล - ระบบการส่งต่อผู้ป่วย - ปัจจัยสนับสนุนด้านการจัดการระบบการให้บริการในการดูแลรักษา	-พัฒนาและขยายเครือข่ายด้านการวินิจฉัยดูแลรักษา การป้องกันติดเชื้อในโรงพยาบาล ระบบการส่งต่อผู้ป่วยในเขตสุขภาพ -ให้คำปรึกษาด้านการวินิจฉัยดูแลรักษา การป้องกันติดเชื้อในโรงพยาบาลแก่บุคลากรทางการแพทย์ในเขตสุขภาพ -ถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการวินิจฉัยดูแลรักษา การป้องกันติดเชื้อใน รพ.	- ติดตามและประเมินผล - สรุปผลการดำเนินงาน

	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)
Quick Win	1. ทบทวน/จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติดูแลรักษา การควบคุมการป้องกันติดเชื้อใน รพ.ระบบการส่งต่อผู้ป่วย 2. พัฒนาแบบประเมินความพร้อมด้านการรองรับผู้ป่วยโควิด-19 (Checklist) 3. รพ.ระดับ A, S, M1, M2 ทุกเขตสุขภาพได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการวินิจฉัยดูแลรักษา การควบคุมการป้องกันติดเชื้อในโรงพยาบาล ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20	1. ทบทวน/จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติดูแลรักษา การควบคุมการป้องกันติดเชื้อใน รพ. ระบบการส่งต่อผู้ป่วย 2. รพ.ระดับ A, S, M1, M2 ทุกเขตสุขภาพได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการวินิจฉัยดูแลรักษา การควบคุมการป้องกันติดเชื้อในโรงพยาบาล ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 40 3. โรงพยาบาลระดับ A,S,M1,M2 ในเขตสุขภาพที่ทำการประเมินตาม Checklist ตามแบบฟอร์มของกรมการแพทย์	1. ทบทวน/จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติดูแลรักษา การควบคุมการป้องกันติดเชื้อใน รพ. ระบบการส่งต่อผู้ป่วย 2. รพ.ระดับ A, S, M1, M2 ทุกเขตสุขภาพ ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการวินิจฉัยดูแลรักษา การควบคุมการป้องกันติดเชื้อในโรงพยาบาล ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60	1. ทบทวน/จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติดูแลรักษา การควบคุมการป้องกันติดเชื้อใน รพ. ระบบการส่งต่อผู้ป่วย 2. รพ.ระดับ A, S, M1, M2 ทุกเขตสุขภาพ ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการวินิจฉัยดูแลรักษา การควบคุมการป้องกันติดเชื้อในโรงพยาบาล ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 3. โรงพยาบาลระดับ A,S,M1,M2 ในเขตสุขภาพที่ทำการประเมินตาม Checklist ตามแบบฟอร์มของกรมการแพทย์
ผู้รับผิดชอบ	กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สป.สธ. (กองตรวจราชการ, กบรส.)			

6. ระบบบริการก้าวหน้า
(6.3 การพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service))

Key result	KPI : 1. สถานบริการผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (the must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 2. สถานบริการต้นแบบในการพัฒนาตามนโยบาย EMS ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับขั้นสูง (the best) อย่างน้อยเขตสุขภาพละ1 แห่ง Output : จำนวนสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตามนโยบาย EMS Outcome : สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีสภาพแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีการใช้นวัตกรรมที่ทันสมัย และมีบริการที่ดี
Impact of Policy	สถานการณ์ / ปัญหา : การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อการให้บริการ จึงมีแนวคิดพัฒนาสถานบริการฯ ให้สอดรับกับสถานการณ์ใช้เกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS โดยนำเทคโนโลยี นวัตกรรมที่มีความทันสมัยมาปรับปรุงโครงสร้าง การจัดบริการรูปแบบใหม่ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีสภาพแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ข้อมูลพื้นฐาน : (ไม่มี)

Value chain (Key Strategy)	**กำหนดนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน**	**ขับเคลื่อนและบูรณาการทุกภาคส่วน**	**กำกับ ติดตาม ประเมินผล**
Key Activity	1. กำหนดนโยบายด้านการพัฒนาสถานบริการ ฯ 2. ชี้แจงและสื่อสาร การพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS แก่ผู้บริหารในระดับภูมิภาค 3. จัดทำแนวทางการดำเนินงานการพัฒนาสถานบริการฯ	1. สถานบริการจัดทำแผนการดำเนินงานที่มีความสอดคล้องกับนโยบาย และบริบทของตนเอง 2. พัฒนาสถานบริการ ตามนโยบาย EMS	1. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานการพัฒนาสถานบริการฯ ตามนโยบาย EMS 2. วิเคราะห์ส่วนขาด และสนับสนุนส่วนขาดเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม 3. กำกับ ติดตามการดำเนินงานเพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม และนำไปสู่การขยายผลเป็นต้นแบบของสถานบริการที่ดี

Quick Win	**ไตรมาส 1 (3 เดือน)**	**ไตรมาส 2 (6 เดือน)**	**ไตรมาส 3 (9 เดือน)**	**ไตรมาส 4 (12 เดือน)**
	1. มีแนวทางการดำเนินงานให้แก่สถานบริการ ฯ 2. มีเกณฑ์การประเมินการพัฒนาการดำเนินงาน ตามนโยบาย EMS ในระดับพื้นฐาน (the must) และ ระดับขั้นสูง (the best)	1. สถานบริการฯ มีแผนดำเนินงานการพัฒนาตามนโยบาย EMS ที่มีความสอดคล้องกับนโยบายและบริบทของตนเอง	1. สถานบริการมีการพัฒนาตามนโยบาย EMS โดยแบ่งกลุ่มการพัฒนาเป็น - กลุ่มระดับ รพศ./รพท จำนวน 126 แห่ง - กลุ่มระดับ รพช. จำนวน 775 แห่ง ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (the must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	1. สถานบริการมีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (the must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 2. มีสถานบริการต้นแบบในการพัฒนาตามนโยบาย EMS และผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับขั้นสูง (the best) อย่างน้อยเขตสุขภาพละ1 แห่ง

ผู้รับผิดชอบ	กบรส./เขตสุขภาพ/สสจ./สถานบริการ

7. ดูแลสุขภาพองค์รวม
(7.1 บูรณาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ครบด้าน BMTEC (Brain-Mental-Teeth-Eye & Ear-Cardio))

กระทรวงสาธารณสุข Ministry of Public Health

Key result	1. ร้อยละ 50 ของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ปี 64 = 30.8 %) 2. ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ตัวชี้วัดใหม่ปี 65) 3. ร้อยละ 98 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ (ปี 64 = 96.4%) หมายเหตุ ปี 2564 รพ.ระดับ A, S, M1, M2 มีคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานขึ้นไป จำนวน 152 แห่งจาก 210 แห่ง คิดเป็นร้อยละ72.4		
Impact of Policy	ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาวะ ลดการเกิดภาวะพึ่งพิง และ เพิ่มคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ		
Value chain (Key Strategy)	**การส่งเสริมสุขภาพ และ ป้องกันโรค (Health promotion & Disease Prevention)**	**การดูแลรักษาโรค และ ฟื้นฟูสุขภาพ (Treatment & Rehabilitation)**	**การดูแลระยะยาว และ ประคับประคอง (Long Term & Palliative Care)**
Key Activity	1. ประชาสัมพันธ์การใช้งาน App. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book) และทำความเข้าใจการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุกับพื้นที่ 2. การสนับสนุนให้มีการจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล (Wellness Plan) ผ่านโรงเรียน ชมรม หรือกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุ 3. เผยแพร่ทำความเข้าใจ Brain stimulation program ให้กับพื้นที่	1. สนับสนุนการพัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (D, HT, CVD risk และ geriatric syndrome) และส่งเสริมการใช้ program Aging Health Data 2. สนับสนุนการจัดตั้งและพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุในรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ (เน้น รพ. M2 ขึ้นไป) และคลินิกผู้สูงอายุวันหยุด 3. พัฒนาระบบ stroke และ MI fast tract 4. สนับสนุนการจัดตั้งและพัฒนาระบบ Intermediate care (IMC) เน้นใน รพช. และ ในชุมชน	1. การพัฒนาระบบ Long Term Care (LTC) และ Specialized LTC (Dementia) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ ขับเคลื่อนการทำงานของผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care Community) 2. การพัฒนาระบบ Palliative Care (PLC) สำหรับผู้สูงอายุระยะท้ายของชีวิต (บูรณาการร่วมกับ LTC)

	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)
Quick Win	1.ดำเนินการปรับปรุงขยายเครือข่ายระบบคัดกรองสุขภาพ คลินิกผู้สูงอายุ IMC/ LTC/ PLC 2.อบรมทำความเข้าใจบุคลากรในพื้นที่ 3.สนับสนุนเครื่องมือและสื่อต่างๆ 4.ประชาสัมพันธ์การใช้งาน App.Blue Book และ Program Aging Health Data	1.ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 5 2.ดำเนินการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 50% และ ADL 100% 3.ดำเนินการส่งผู้สูงอายุที่คัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ไปรับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 25%	1.ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 10% 2.จัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล ผ่านโรงเรียน ชมรม หรือกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุ อำเภอละ 1 ชมรม/กลุ่ม	1.มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตาม Care plan ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 2.ผู้สูงอายุในระบบ Palliative care ได้รับการดูแลตามAdvance care plan ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 3.ดำเนินการส่งผู้สูงอายุที่คัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ไปรับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 30%

ผู้รับผิดชอบ	หลัก: กรมการแพทย์ ร่วม: กรมแพทย์แผนไทย /กรมควบคุมโรค / กรมสุขภาพจิต / กรมสนับสนุนฯ /กรมอนามัย /กบรส.

7. ดูแลสุขภาพองค์รวม
(7.2 พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุก)

กระทรวงสาธารณสุข
Ministry of Public Health

Key result	เป้าหมาย : คนไทยมีปัญญา อารมณ์ดี มีความสุข และมีความเข้มแข็งทางใจ ปลอดภัยจากผลกระทบด้านสุขภาพจิต ตัวชี้วัด : 1. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย IQ ไม่ต่ำกว่า 100 2. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน
Impact of Policy	สถานการณ์/ ปัญหา/ ข้อมูลพื้นฐาน 1. ผลสำรวจสถานการณ์ IQ / EQ ของเด็ก ป.1 ในปี 2559 พบระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 98.23 ซึ่งต่ำกว่าค่าคลางมาตรฐานสากล (IQ=100) และระดับความฉลาดทางอารมณ์ พบว่า เด็กอายุ 6-11 ปี อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ 77 2. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2561 = 8.81 ต่อประชากรแสนคน ปี 2562 เป็น 8.95 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2563 ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ส่งผลให้ประชาชนเกิดความเครียด พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นถึง 10.13 ต่อประชากรแสนคน 3. มีประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ใน 4 ประเด็น (ภาวะเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และภาวะซึมเศร้า) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 จากการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ด้วยการค้นหา คัดกรองเชิงรุก (Active Screening) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตถึงร้อยละ 81.88

Value chain (Key Strategy)	**สร้างระบบสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตในพื้นที่**	**ยกระดับงานสุขภาพจิตให้เป็นหนึ่งเดียวกับงานสุขภาพกาย**	**สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต สำหรับทุกกลุ่มวัย**
Key Activity	- ระบบเฝ้าระวังและดูและผลกระทบด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในภาวะวิกฤติ COVID-19 - สนับสนุนกิจกรรมพัฒนาเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ (CPR) ให้แก่หน่วยงานระดับท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน - สนับสนุนการดูแลเลี้ยงเด็ก (Parenting) สำหรับพ่อ แม่ ผู้ดูแลเด็กเพื่อให้เด็กมีระดับความฉลาดทางอารมณ์ EQ ดีขึ้น - ระบบการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการได้ครบตามเกณฑ์ -ระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม (พัฒนาศักยภาพครู ด้วยหลักสูตรออนไลน์ และพัฒนาฐานข้อมูล School Health HERO ในการติดตามส่งต่อผ่านโรงเรียนและโรงพยาบาลคู่เครือข่าย) - ระบบการดูแลทางสังคมจิตใจผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต โดยการเสริมสร้างภูมิคุ้นกันทางใจ คัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และติดตามดูแลช่วยเหลือส่งต่อเพื่อบำบัดรักษา - ระบบเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยขับเคลื่อนการดำเนินผ่าพชอ. และคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด	- สร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient) โดยให้"วัคซีนใจ" ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้ผ่านวิกฤติ COVID-19 ได้ บูรณาการการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ทุรกันดาร (กพด.) - เพิ่มความครอบคลุมในการติดตามกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า ผ่านกลไก MCH Board - เฝ้าระวังและช่วยเหลือดูแลเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางทางสังคม - ให้ รพ.สต.จัดบริการ/มีการดำเนินงานดูแลทางสังคมจิตใจผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต - เฝ้าระวังและป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพจิตจากการระบาดของCOVID-19: ปัญหาสุขภาพจิต 4 ประเด็น (Stress Burnout Suicide Depression) ด้วยโปรแกรม Mental Health Check-in - ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อCOVID-19 ที่มีอาการเรื้อรัง (Long COVID-19) - ให้การเยียวยาจิตใจครอบครัวผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อCOVID-19 - ให้ทุกจังหวัดมีระบบเฝ้าระวังและติดตามข้อมูลการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด รวมทั้งทีมสอบสวนการฆ่าตัวตาย (Psychological Autopsy) เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่สอดคล้องกับบริบทของจังหวัด	- สร้างกลไกให้คนรุ่นใหม่คิดเป็น คิดดี คิดให้ (CPR) สร้างความรัก ความสามัคคีกันในชาติ - บูรณาการงานสุขภาพจิต กับ พชอ. เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ และให้ชุมชนมีความเข้มแข็งทางใจ (Community Resilience) ดี - สนับสนุนให้คนวัยแรงงานมีความเข้มแข็งทางใจสามารถด้านสุขภาพจิตผ่าวิกฤติ COVID-19 ได้ - สนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีความหวังและมีพลังใจในภาวะวิกฤติ COVID-19 - ให้ความรู้ การจัดกิจกรรม การรณรงค์ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ ผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น สื่อกระแสหลัก, Air war, Social media, Ground war - สร้างเครือข่ายในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงเข้าใจข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจิตและบริการทางสุขภาพจิต และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพจิตตนเองที่ถูกต้องได้

Quick Win	**ไตรมาส 1 (3 เดือน)**	**ไตรมาส 2 (6 เดือน)**	**ไตรมาส 3 (9 เดือน)**	**ไตรมาส 4 (12 เดือน)**
	1. บุคลากรและภาคีเครือข่ายได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนแต่ละกลุ่มวัย 2. บูรณาการงานสุขภาพจิต กับ พชอ.เพื่อกำหนดประเด็นการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	1. ร้อยละ 50 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น 2. ร้อยละ 65 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการ	1. ร้อยละ 70 ของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางทางสังคมได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น 2. ร้อยละ 70 ของรพ.สต. / ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่มีการดำเนินงานดูแลทางสังคมจิตใจผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต	1. ร้อยละ 60 ของเด็กปฐมวัยมีระดับ EQ ดีขึ้น 2. ร้อยละ 80 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 รวมทั้งผู้ป่วย Long COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ 3. ร้อยละ 80 ของอำเภอที่มีการบูรณาการงานสุขภาพจิต ร่วมกับการควบคุมโรค COVID-19 โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็งทางใจ (Community Resilience) 4. ร้อยละ 90 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี

ผู้รับผิดชอบ	กรมสุขภาพจิต / กรมอนามัย / กองตรวจราชการ

8. ธรรมาภิบาล
(8.1 ยึดหลักธรรมาภิบาล สุจริต โปร่งใส ประโยชน์ของประชาชน)

Key result	ตัวชี้วัด : (1) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 92) (2) หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 92) Output : หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขบริหารราชการแผ่นดินอย่างมีธรรมาภิบาล คุ้มค่าสมประโยชน์ภาครัฐ เป็นที่เชื่อมั่นศรัทธาของประชาชน Outcome : หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นต้นแบบการบริหารภาครัฐด้วยหลักธรรมาภิบาล สุจริต โปร่งใส เพื่อประโยชน์สุขของประชาชน
Impact of Policy	สถานการณ์/ ปัญหา/ ข้อมูลพื้นฐาน ดัชนีการรับรู้การทุจริตของประเทศไทย (Corruption Perception Index : CPI) มีค่าคะแนน 36 คะแนน (อยู่อันดับที่ 101 ของ 180 ประเทศทั่วโลก) เป็นตัวบ่งชี้การทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขมีความโปร่งใส ปลอดจากการทุจริตและประพฤติมิชอบ จึงต้องมีการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน การตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงอย่างมีธรรมาภิบาล ซึ่งจะช่วยผลักดันให้คะแนนดัชนีการรับรู้การทุจริตของประเทศไทยบรรลุตามแผนยุทธศาสตร์ชาติและนโยบายระดับประเทศ

Value chain (Key Strategy)	**สร้างเครื่องมือและกลไก ให้สอดคล้องกับบริบทของกระทรวงสาธารณสุข**	**ส่งเสริม สนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยีที่เหมาะสม ให้กับบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**	**ลดโอกาสที่จะเกิดการทุจริต เกิดประโยชน์สุขต่อประชาชน**
Key Activity	1. สร้างเครื่องมือตรวจสุขภาวะองค์กร ที่ใช้ประเมิน MOPH ITA 2022 : More open, to more Transparent แก่หน่วยงานราชการบริหารส่วนภูมิภาค จำนวน 1,854 หน่วยงาน 2. พัฒนาความรู้ผู้ตรวจประเมิน MOIT จำนวน 751 คน 3. พัฒนาระบบ MITAS เพื่อรองรับการประเมิน MOPH ITA 2022 4. นำเครื่องมือการประเมิน ITA ของสำนักงาน ป.ป.ช. ถ่ายทอดให้ส่วนราชการระดับกรม หน่วยงานในกำกับ องค์การมหาชน และรัฐวิสาหกิจ จำนวน 17 หน่วยงาน	1. ให้องค์ความรู้เกี่ยวกับการประเมิน MOPH ITA 2022 : More open, to more Transparent แก่หน่วยงานราชการบริหารส่วนภูมิภาค จำนวน 1,854 หน่วยงาน รวมทั้งให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง ทั้งผู้ตรวจประเมิน และหน่วยรับตรวจ 2. หน่วยงานเป้าหมายพัฒนาระบบสารสนเทศในการเปิดเผยข้อมูลและให้บริการสาธารณะ 3. พัฒนาระบบ MITAS รองรับการประเมิน MOPH ITA ให้ตอบโจทย์กับผู้ตรวจประเมิน และหน่วยรับตรวจ	1. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดการข้อมูลข่าวสารที่เป็นระบบบนแพลตฟอร์มให้ทันสมัยและน่าสนใจมากขึ้น เพื่อให้สาธารณชนเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย สะดวก และทันต่อสถานการณ์ 2. การเปิดเผยข้อมูลภาครัฐ เป็นการป้องกันและลดโอกาสที่จะเกิดการทุจริตในองค์กร และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการแก่ประชาชนในยุค Next normal 3. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นต้นแบบการบริหารภาครัฐด้วยหลักธรรมาภิบาล สุจริต โปร่งใส เพื่อประโยชน์สุขของประชาชน

Quick Win	**ไตรมาส 1 (3 เดือน)**	**ไตรมาส 2(6 เดือน)**	**ไตรมาส 3 (9 เดือน)**	**ไตรมาส 1 (12 เดือน)**
	1. สื่อสาร ให้ความรู้เครื่องมือและเกณฑ์การประเมิน MOPH ITA เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาองค์กรให้มีคุณธรรมและความโปร่งใส ตามเกณฑ์การประเมิน 2. พัฒนาศักยภาพผู้ตรวจประเมิน MOIT 3. สื่อสาร ให้ความรู้เครื่องมือและเกณฑ์การประเมิน ITA ของสำนักงาน ป.ป.ช. เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาองค์กรให้มีคุณธรรม และความโปร่งใส ตามเกณฑ์การประเมิน 4. สรุปผลในระบบ Health KPI 5. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัด สป. ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ระดับ 5)	1. หน่วยงาน ดำเนินกิจกรรมตามเกณฑ์ ฯ ตามกรอบ KPI ไตรมาสที่ 2 2. ผู้ตรวจประเมิน MOIT ตรวจประเมินในระบบ MITAS 3. หน่วยงานส่วนกลาง ดำเนินกิจกรรมตามเกณฑ์การประเมิน ITA ของสำนักงาน ป.ป.ช. 4. สรุปผลในระบบ Health KPI 5. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด สป. ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 82)	1. หน่วยงาน ดำเนินกิจกรรมตามเกณฑ์ ฯ ตามกรอบ KPI ไตรมาสที่ 3 2. ผู้ตรวจประเมิน MOIT ตรวจประเมินในระบบ MITAS 3. หน่วยงานส่วนกลาง ดำเนินกิจกรรมตามเกณฑ์การประเมิน ITA ของสำนักงาน ป.ป.ช. 4. สรุปผลในระบบ Health KPI 5. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด สป. ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 87)	1. หน่วยงาน ดำเนินกิจกรรมตามเกณฑ์ ฯ ตามกรอบ KPI ไตรมาสที่ 4 2. ผู้ตรวจประเมิน MOIT ตรวจประเมินในระบบ MITAS 3. หน่วยงานส่วนกลาง ดำเนินกิจกรรมตามเกณฑ์การประเมิน ITA ของสำนักงาน ป.ป.ช. 4. สรุปผลในระบบ Health KPI 5. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด สป. ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 92) 6. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด สธ. ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 92)

ผู้รับผิดชอบ	ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข (ศปท.สธ.)

8. ธรรมาภิบาล

(8.2 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT) เป็นศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน)

Key result	1) ประชาชนใช้ข้อมูลสุขภาพและเอกสารรับรองสุขภาพ (Digital Health Certificate/Health Pass) ได้โดยสะดวกทั้งในรูปแบบดิจิทัล และอื่นๆ 2) สถานประกอบการทั้งรัฐและเอกชน มีการบูรณาการข้อมูลสุขภาพของประชาชนกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่ออำนวยความสะดวกให้ประชาชนในการดำเนินกิจกรรม ขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคม 3) มีการกำกับดูแลข้อมูล รวมถึงกระบวนการ บุคลากรและเทคโนโลยีที่จำเป็นในการจัดการโรคโควิด-19 โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือเพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ทั้งหน่วยบริการสุขภาพ ประชาชน และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง kpi : ร้อยละของจังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน (เป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60)
Impact of Policy	**สถานการณ์ :** 1) มีความต้องการใช้ข้อมูลสุขภาพรายบุคคลเพื่อการดูแลสุขภาพ เพิ่มมากขึ้น ทั้งจากประชาชนเจ้าของข้อมูล และหน่วยบริการสุขภาพ 2) มีความต้องการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพรายบุคคล เพื่อให้บริการประชาชน และบริหารจัดการในสถานการณ์โควิด-19 **ปัญหา :** 1) ยังไม่มีความชัดเจนในการมอบหมายหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่บริหารจัดการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชนที่ครอบคลุมนอก สธ. 2) ทรัพยากร เครื่องมือและบุคลากร ในการดูแลระบบบริการศูนย์ข้อมูลกลางฯ มีไม่เพียงพอ **ข้อมูลพื้นฐาน :** 1) สป.สธ. โดย ศทส. มีหน้าที่กำกับดูแลคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพในขอบเขตของ สธ. 2) ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชนเป็นข้อมูลอ่อนไหว จำเป็นต้องมีการกำกับดูแลโดยหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจนตามกฎหมาย 3) ศทส.สป.สธ. รับผิดชอบดูแลระบบฐานข้อมูลและแอปพลิเคชัน HDC , HIS Gateway , H4U+3หมอ 4) กยผ.สป.สธ. รับผิดชอบดูแลระบบฐานข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด-19 (MOPH Immunization Center) และระบบแอปพลิเคชันหมอพร้อม

Value chain (Key Strategy)	**พัฒนาเครื่องมือและออกแบบกระบวนการ**	**ขับเคลื่อนและบูรณาการร่วมทุกภาคส่วน**	**ประเมินผลการใช้ประโยชน์จากศูนย์ข้อมูลกลาง**
Key Activity	1) กำหนดนโยบายและแต่งตั้งคณะทำงาน (Cyber / PDPA / Data Governance) 2) พัฒนาบริการ DigitalHealthCert. บนแพลตฟอร์มระบบสุขภาพดิจิทัล (NDNP) สนับสนุนการจัดทำเอกสารรับรองทางการแพทย์และสุขภาพ 3) โรงพยาบาลในสังกัด สธ. ประเมินตนเองตามแนวปฏิบัติด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ 4) ชี้แจงเกณฑ์จังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน	1) โรงพยาบาล และหน่วยงานที่มีการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ มีการปฏิบัติหรือมีแผนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติด้าน Cyber / PDPA / Data Governance 2) เขตสุขภาพ/สสจ./กรม กำกับติดตามให้ หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่ง ส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ Co-LAB, MOPH-IC, Co-Ward 3) เขตสุขภาพ/สสจ./กรม กำกับติดตามให้ โรงพยาบาล เชื่อมโยงข้อมูลผ่าน HIS Gateway เข้าสู่ศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน 4) หน่วยงานในสังกัด สธ. มีการใช้ DigitalHealthCert. สนับสนุนมาตรการเปิดเมือง	1) เขตสุขภาพ/สสจ. ตรวจเยี่ยมประเมินสถานะ โรงพยาบาล และหน่วยงานที่มีการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพตามแนวปฏิบัติด้าน Cyber / PDPA / Data Governance 2) โรงพยาบาลในสังกัด สธ. เชื่อมโยงและใช้ประโยชน์จากศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน ผ่าน HIS Gateway ได้ 3) ประชาชนใช้แพลตฟอร์มระบบสุขภาพดิจิทัล (NDNP) (ไลน์หรือแอปพลิเคชัน เช่น H4U+3หมอ, หมอพร้อม) ได้ทัดเทียมเพื่อเป็นช่องทางสื่อสารข่าวสารสุขภาพ ใช้บริการดิจิทัลสุขภาพต่างๆ
Quick Win	**ไตรมาส 1 (3 เดือน)** 1) มีคณะทำงาน นโยบายและผู้รับผิดชอบ ด้านข้อมูลเทคโนโลยีสุขภาพ ในทุกระดับ (กระทรวง, กรม, กอง, เขต, สสจ., หน่วยบริการสุขภาพ) 2) มีระบบออกใบรับรองดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุข (DigitalHealthCert.) 3) ประกาศแนวปฏิบัติด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	**ไตรมาส 2(6 เดือน)** ร้อยละของจังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 (เกณฑ์ประกอบด้วย Cyber / PDPA / Data Governance / การส่งข้อมูล / การนำไปใช้ประโยชน์ในการให้บริการประชาชน)	**ไตรมาส 1 (12 เดือน)** ร้อยละของจังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 (เกณฑ์ประกอบด้วย Cyber / PDPA / Data Governance / การส่งข้อมูล / การนำไปใช้ประโยชน์ในการให้บริการประชาชน)
ผู้รับผิดชอบ	หลัก : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ. ร่วม : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.		

หมายเหตุ ** DigitalHealthCert. หมายถึง Digital Health Certificate / Health Pass / ใบรับรองสุขภาพดิจิทัล
** National Digital Health Platform : NDHP หมายถึง แพลตฟอร์มระบบสุขภาพดิจิทัล

9. องค์กรแห่งความสุข
(9.1 Talent Management)

Key result

มีบุคลากรที่มีศักยภาพเพื่อขับเคลื่อนภารกิจให้บรรลุเป้าหมายอย่างยั่งยืน และรองรับการเปลี่ยนแปลง
1. ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา ≥ ร้อยละ 80

Impact of Policy

กระทรวงสาธารณสุข มีข้าราชการระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไปที่จะเกษียณในปีงบประมาณพ.ศ. 2564 – 2566 จำนวน 3,170 ตำแหน่ง จำแนกได้ดังนี้

ปี	รวม (ตน.)	ชำนาญการพิเศษ	เชี่ยวชาญ	ทรงคุณวุฒิ	อำนวยการต้น	อำนวยการสูง
2564	986	769	151	18	6	42
2565	1,045	858	135	9	6	37
2566	1,139	913	182	10	9	25

ผลการดำเนินงานปี 2564 ระดับความสำเร็จ 100%

Value chain (Key Strategy)	**ส่งเสริม / สนับสนุนส่วนราชการในการพัฒนาบุคลากรทุกระดับ**	**พัฒนาบุคลากรที่มีคุณสมบัติและสมรรถนะตามตำแหน่งที่สูงขึ้น**	**กำกับติดตามประเมินผลบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา**
Key Activity	1. วิเคราะห์ความรู้ ทักษะ ที่จำเป็นตามตำแหน่งที่สูงขึ้น 2. วิเคราะห์จำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา 3. กำหนดแนวทาง/แผนการพัฒนาบุคลากร	1. หลักสูตรพัฒนาศักยภาพของบุคลากร 2. ระบบสารสนเทศจัดเก็บข้อมูลบุคลากรที่มีความพร้อม	1. กำกับติดตามเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 2. การประเมินผลบุคลากรที่ได้รับการพัฒนา

Quick Win	**ไตรมาส 1 (3 เดือน)**	**ไตรมาส 2(6 เดือน)**	**ไตรมาส 3 (9 เดือน)**	**ไตรมาส 1 (12 เดือน)**
	1. การวิเคราะห์ตำแหน่งว่างทางการบริหาร 2. การคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา	1. จัดทำแผนการพัฒนาบุคลากรตามตำแหน่งที่สูงขึ้น 2.พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ	1. พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ	1. บุคลากรผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งสูงขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ผู้รับผิดชอบ

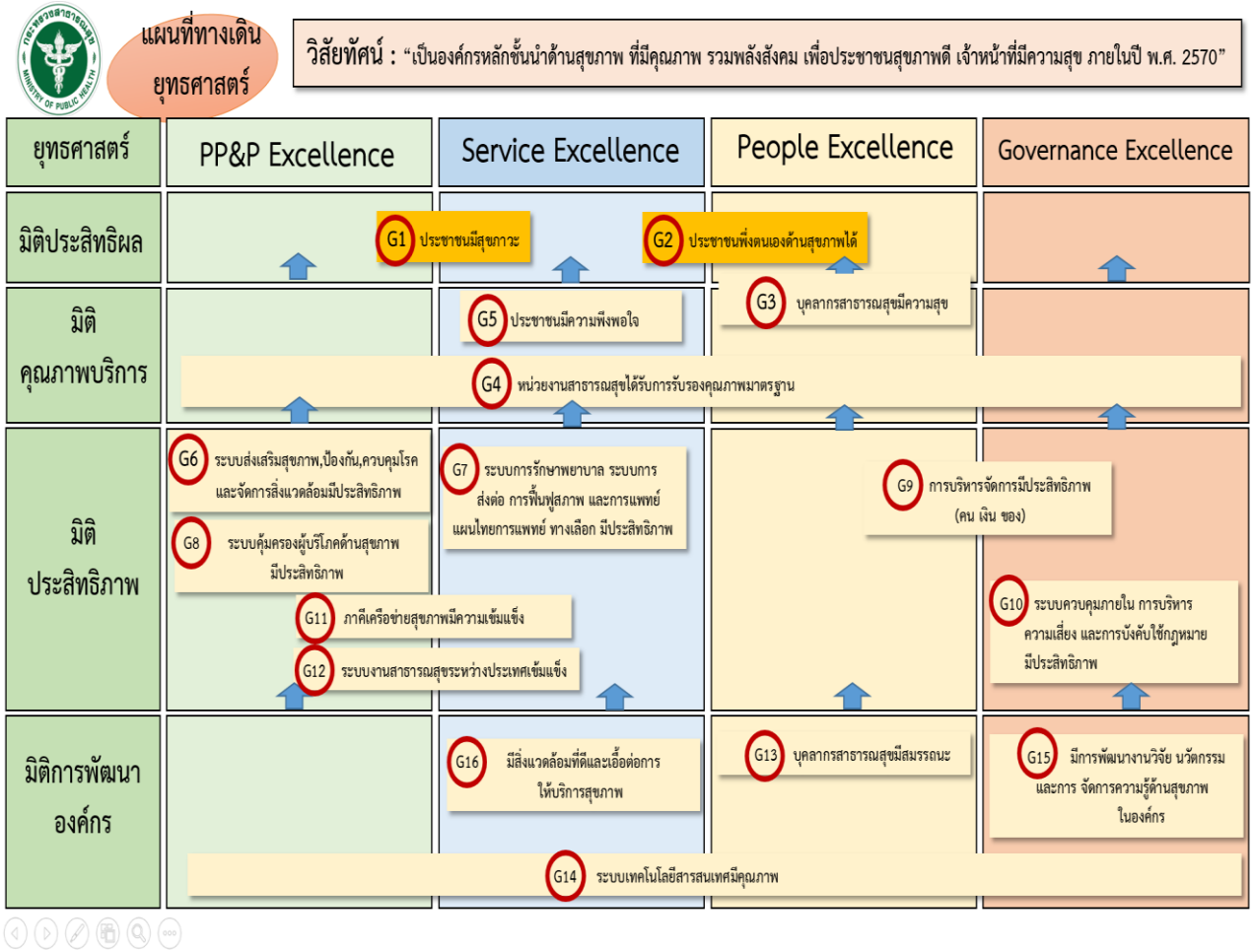
หลัก : กองบริหารทรัพยากรบุคคล สป.
ร่วม : วนส./กรมต่าง ๆ

9. องค์กรแห่งความสุข
(9.2 องค์กรแห่งความสุข)

Key result	พัฒนาสู่องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ งานได้ผล คนเป็นสุข ปลอดภัย สร้างผู้นำรุ่นใหม่ (ตัวชี้วัด:องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ เป้าหมาย ระดับจังหวัด เขตสุขภาพ และระดับกรม และสป. (ส่วนกลาง) หน่วยงานละ 1 แห่ง)		
Impact of Policy	ปี 2561 – 2564 มีจำนวนองค์กรแห่งความสุขทั้งสิ้น 567 หน่วยงาน แบ่งเป็น ปี 2561 จำนวน 71 หน่วยงาน ปี 2562 จำนวน 85 หน่วยงาน ปี 2563 จำนวน 211 แห่ง ปี 2564 จำนวน 208 แห่ง		
Value chain (Key Strategy)	**พัฒนาองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพทั่วทั้งกระทรวง**	**สร้างระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน**	**กำกับ ติดตาม และประเมินผล**
Key Activity	1. หน่วยงานพัฒนาองค์กรสู่องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ 2. พัฒนาองค์ความรู้การสร้างสุขและความผูกพันในองค์กร ผ่านระบบ E-learning 3. เสริมสร้างขวัญกำลังใจในการทำงานให้แก่บุคลากร กสธ. 4. ขับเคลื่อน Happy Money ในภาพรวมกระทรวงสาธารณสุข	1. สร้างเสริมเครือข่ายองค์กรการสร้างสุข ความผูกพันในองค์กร 2. สร้างเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ เชิดชูองค์กรที่โดดเด่น (HR4H Forum)	1. กำกับ ติดตาม และประเมินการดำเนินงานผ่าน คณะกรรมการ/คณะทำงานขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข 2. ถอดบทเรียน และนวัตกรรมการขับเคลื่อนสู่องค์กรแห่งความสุข

Quick Win	**ไตรมาส 1 (3 เดือน)**	**ไตรมาส 2(6 เดือน)**	**ไตรมาส 3 (9 เดือน)**	**ไตรมาส 1 (12 เดือน)**
	หน่วยงานมีกลไกการสร้างสุข • นโยบาย • คณะกรรมการ/คณะทำงานดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข • แผนงาน/โครงการ	หน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ร้อยละ 70	หน่วยงานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หน่วยงานละ 1 แห่ง - ระดับกรม และ สป. (ส่วนกลาง) - ระดับเขตสุขภาพ - ระดับจังหวัด
ผู้รับผิดชอบ	หลัก : กยผ. สป. ร่วม : ทุกกรม			

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2565 – 2569



นโยบายเน้นหนักนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2565



ประเด็นเน้นหนักการพัฒนาสาธารณสุข ปี 2565

1. Re-Treat อนามัยแม่และเด็ก, ผู้สูงอายุ
2. Re-Treat DM, HT, CKD, Stroke, STEMI (โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง)
3. Re-Treat HR (พัฒนาทรัพยากรบุคคล)
4. Setting โรงเรียน
5. Setting ชุมชน

1. รายละเอียด Re-treat อนามัยแม่และเด็ก, ผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2565

1.1 งานอนามัยแม่และเด็ก (ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย)

เป้าประสงค์ที่ 1 Zero MMR	เป้าประสงค์ที่ 2 เด็กพัฒนาการสมวัย
พัฒนาระบบบริการ - Preterm Labor (จัดยาในระบบบริการ) - One Province One Labor room - มาตรฐานห้องคลอด - Blood Bank - พัฒนาระบบส่งต่อ Fast tract **พัฒนาระบบบริหารจัดการ** - MCH board เข้มแข็ง **พัฒนาบุคลากร** - เพิ่มทักษะ - ซ้อมแผนคลอดวิกฤติ **พัฒนาภาคีเครือข่าย** -หมู่บ้านต้นแบบ CFCT **สร้างความรอบรู้** -โรงเรียนพ่อแม่ **การจัดการข้อมูล** -UB-SIMs	**Health Activity** - พัฒนาการเด็ก (คัดกรอง/ประเมินซ้ำ/ส่งต่อ) - TEDA4I 100% (เด็กพัฒนาการล่าช้า) - เฝ้าระวังภาวะโภชนาการ - เฝ้าระวังภาวะซีด (Hct. CBC ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก) **Social Activity** - CFCT ต้นแบบ (1 อำเภอ 1 ศูนย์เรียนรู้ 1 รพ.สต. 1 CFCT) - ธนาคารนมแม่ (1 อำเภอ 1 แห่ง) - ศูนย์เด็ก High Scope (1 อำเภอ 1 ศพด.) - ตักบาตรนมจืด - ห้องสมุดเล่านิทาน (จัดระบบยืม) - นม 90 วัน 90 กล่อง **การจัดการข้อมูล** -UB-SIMs

1.2 ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ (กายฟิต จิตดี มีออม ไม่ล้มไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย)

กลุ่มติดสังคม	กลุ่มเปราะบาง
1.ส่งเสริมพฤติกรรมพึงประสงค์ -สำรวจพฤติกรรมสุขภาพ (5 อ 2 ส) -ฝึกกล้ามเนื้อป้องกันการหกล้ม **2.โรงเรียนผู้สูงอายุ, ชมรมผู้สูงอายุ** -ประเมินชมรมผู้สูงอายุ	**1.ตำบล Long term Care** -พัฒนา CM CG -คัดกรองต้อกระจก -เบิกจ่ายงบประมาณ **2.กองทุน เครื่องมืออุปกรณ์** -ศูนย์อุปกรณ์ (ระบบการยืม) **3.จัดการสภาพแวดล้อมป้องกันการหกล้ม** -สำรวจความเสี่ยงของบ้าน (ร่วมกับ อปท.) -จัดการความเสี่ยง (งบ อปท.) -จัดสิ่งแวดล้อมให้สะดวกปลอดภัย

2. รายละเอียด Re-treat DM HT CKD Stroke STEMI ปีงบประมาณ 2565

1.ลดผู้ป่วยรายใหม่

-Health literacy

-เด็ก (สื่อที่เหมาะสม,บุคคลต้นแบบ)

-ประชาชน (กลุ่มปกติ, เสี่ยง)

-ร้านอาหาร (ลดเค็ม สติกเกอร์)

-มาตรการทางสังคม

-ชุมชนวิถีใหม่ห่างไกล NCD

2. ลดความรุนแรง

-Stroke

Base On 2 hr.

ระบบ consult

ระบบยา rT-PA

Service : Stroke Unit, corner

-STEMI

Seamless , ระบบยา SK

อสม.จับ AF

อสค.

3. Good Control DM HT

-Health Literacy

Salt meter อ่านฉลากบริโภค

-Service

พัฒนาระบบ Tele Med

ลดแออัดสัดส่วน 30 : 40: 30

ระบบส่งยาที่บ้าน

4. เจ้าหน้าที่

-สื่อสารนโยบาย

-พัฒนาทักษะ

-บุคคลต้นแบบ สร้างแรงจูงใจ

5. Community Social

-พชอ. (ผลักดันเข้าคณะกรรมการ พชอ.)

-ช่องทางสื่อสารที่เหมาะสม

-วัด (งานบุญ,ถวายความรู้)

-โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก

(สร้างกระแส,กำหนดธรรมนูญสุขภาพตำบล)



3. รายละเอียด Re-treat HR ปีงบประมาณ 2565

HRD	HRP	HRM
-อบรมหลักสูตรผู้บริหาร -จัดกลุ่ม Talent -ประเมินความผาสุก	-วางแผนสืบทอดตำแหน่ง -แผนพัฒนาบุคลากรตามเป้าหมาย	ฐานข้อมูล HROPS คนตรง จ.18 กรอบอัตรากำลัง รพ.สต.เปิดใหม่

4. รายละเอียด Setting โรงเรียน ปีงบประมาณ 2565





1. โรงเรียนรอบรู้ บูรณาการด้านสุขภาพต้นแบบ (จำนวน 25 อำเภอ)
2. กิจกรรมบริการสุขภาพ 12 โครงการ 5 กิจกรรม **COVID Free Setting**
3. เน้นโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพนักเรียน
4. เน้นการประเมินพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรครู (ต่อเนื่อง)
5. นักเรียน บุคลากรครู มีความรอบรู้ปลอดโรค ปลอดภัย

5. รายละเอียด Setting ชุมชน ปีงบประมาณ 2565



กิจกรรม/โครงการเน้นหนัก ปีงบประมาณ 2565

1. โครงการร้านอาหารลดหวาน ลดเค็ม (กลุ่มงาน NCD ผู้รับผิดชอบหลัก)
2. โครงการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ปลอดภัย อนามัยดี (กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ผู้รับผิดชอบหลัก)
3. โครงการตลาดสด ตลาดนัด ปลอดโควิด 19 (กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ฯ ผู้รับผิดชอบหลัก)
4. โครงการจัดการระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลในชุมชน (กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ฯ ผู้รับผิดชอบหลัก)
5. โครงการร้านยาสามัญประจำชุมชน (กลุ่มงาน คบส. ผู้รับผิดชอบหลัก)

การประเมินผลงาน Ranking ปีงบประมาณ 2565 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

1. ตัวชี้วัด Ranking จากกลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 13 กลุ่มงาน ผู้ประเมินคือ ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด Ranking ของแต่ละกลุ่มงาน และมีการประเมินตามรายละเอียด Template รายตัวชี้วัดจำนวน 58 ตัวชี้วัด ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก 13 กลุ่มงาน จำนวน 87 คะแนน และปรับค่าคะแนนเป็นร้อยละ

โดยมีรายละเอียดตัวชี้วัดและค่าถ่วงน้ำหนักคะแนนจำแนกรายกลุ่มงาน ดังต่อไปนี้

กลุ่มงาน	จำนวนตัวชี้วัด Ranking	ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน
1.กลุ่มงาน NCD สุขภาพจิตและยาเสพติด	19 ข้อ	14 คะแนน
2.กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	9 ข้อ	14 คะแนน
3.กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	5 ข้อ	10 คะแนน
4.กลุ่มงานควบคุมโรค	4 ข้อ	10 คะแนน
5.กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	5 ข้อ	8 คะแนน
6.กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	3 ข้อ	6 คะแนน
7.กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	3 ข้อ	5 คะแนน
8.กลุ่มงานทันตสาธารณสุข	3 ข้อ	5 คะแนน
9.กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	1 ข้อ	3 คะแนน
10.กลุ่มงานประกันสุขภาพ	1 ข้อ	4 คะแนน
11.กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล	2 ข้อ	4 คะแนน
12.กลุ่มงานบริหาร	2 ข้อ	2 คะแนน
13.กลุ่มงานกฎหมาย	1 ข้อ	2 คะแนน
รวม	**58 ข้อ**	**87 คะแนน**

2. การประเมินผล ประเมิน 2 รอบต่อปี

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 จนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 จนถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565)

3. จัดลำดับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ แบ่งกลุ่มผลงานอำเภอออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย (1) กลุ่มอำเภอผลงานระดับดีเด่น (2) กลุ่มอำเภอผลงานระดับดีมาก และ (3) กลุ่มอำเภอผลงานระดับดี เกณฑ์แบ่งกลุ่มแบบอิงกลุ่มตามระดับค่าคะแนน Ranking คิดเป็นร้อยละ

ตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2565
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ R	ชื่อตัวชี้วัด Ranking	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
R 1	ระดับความสำเร็จการเฝ้าระวังการตายของมารดา	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	2	ส่งเสริมสุขภาพ
R 2	เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย			ส่งเสริมสุขภาพ
	R 2.1 ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ 90	0.5	ส่งเสริมสุขภาพ
	R 2.2 ร้อยละเด็กปฐมวัยพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ 90	1	ส่งเสริมสุขภาพ
	R 2.3 ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 85	0.5	ส่งเสริมสุขภาพ
R 3	เด็กอายุ 0-5 ปี มีการเจริญเติบโต			ส่งเสริมสุขภาพ
	R 3.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 64	0.5	ส่งเสริมสุขภาพ
	R 3.2 ร้อยละเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ 90	0.5	ส่งเสริมสุขภาพ
	R 3.3 ร้อยละเด็กอายุ 6 – 12 เดือน ที่ตรวจคัดกรอง (Hct,CBC) และพบโลหิตจาง	ไม่เกิน ร้อยละ 20	1	ส่งเสริมสุขภาพ
R 4	การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ			ส่งเสริมสุขภาพ
	R 4.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ 95	0.5	ส่งเสริมสุขภาพ
	R 4.2 ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์	ร้อยละ 50	1	ส่งเสริมสุขภาพ
	R 4.3 ร้อยละของระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 98	0.5	ส่งเสริมสุขภาพ
R 5	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง Geriatric Syndromes			ส่งเสริมสุขภาพ
	R 5.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบเป็นภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ ร้อยละ 30	1	ส่งเสริมสุขภาพ
	R 5.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ ร้อยละ 30	1	ส่งเสริมสุขภาพ
R 6	ระดับความสำเร็จประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 รวมทั้งผู้ป่วย Long COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ	ความสำเร็จระดับ 5	0.5	NCD
R 7	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย	ความสำเร็จระดับ 5 (≤8.9 ต่อประชากรแสนคน)	1	NCD
R 8	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ	ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ95)	0.5	NCD
R 9	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานกระตุ้นพัฒนาการล่าช้าด้วยเครื่องมือมาตรฐาน TEDA4I	>ร้อยละ 75	0.5	NCD



ลำดับ R	ชื่อตัวชี้วัด Ranking	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
R 10	ระดับความสำเร็จในการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	1	NCD
R 11	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	0.5	NCD
R 12	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลทุกระดับ (ทั้งที่ ER และ Admit)	ความสำเร็จระดับ 5	0.5	NCD
R 13	ระดับความสำเร็จของการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ความสำเร็จระดับ 5 (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5)	1	NCD
R 14	ระดับความสำเร็จของการพัฒนา ER คุณภาพของโรงพยาบาล	ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 100)	0.5	NCD
R 15	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	ความสำเร็จระดับ 5 (อัตราตาย ≤ 3 ต่อแสน ปชก. (ไม่เกิน 10 คน)	0.5	NCD
R 16	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ 50	0.5	NCD
R 17	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract)	ความสำเร็จระดับ 5	0.5	NCD
R 18	ระดับความสำเร็จของการบำบัดยาเสพติด	ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 58)	1	NCD
R 19	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ	ความสำเร็จระดับ 5	0.5	NCD
R 20	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอ To Be Number One	ความสำเร็จระดับ 5	0.5	NCD
R 21	ร้อยละการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วย FIT test	ร้อยละ 10	0.5	NCD
R 22	ร้อยละการตรวจมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีการอัลตร้าซาวด์	ร้อยละ 100	0.5	NCD
R 23	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกบริการ	ความสำเร็จระดับ 5	2.5	NCD
R 24	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD
R 25	ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พชอ.คุณภาพ)	ความสำเร็จระดับ 5	2	พัฒน์รูปแบบ
R 26	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานการรับรอง HA ขั้น 3	ความสำเร็จระดับ 5	1.5	พัฒน์รูปแบบ



ลำดับ R	ชื่อตัวชี้วัด Ranking	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
R 27	ระดับความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (PMQA)	ความสำเร็จระดับ 5	1.5	พัฒน์รูปแบบ
R 28	ระดับความสำเร็จของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	ความสำเร็จระดับ 5	1.5	พัฒน์รูปแบบ
R 29	ระดับความสำเร็จขององค์กรพยาบาลที่มีผลการประเมินคุณภาพการพยาบาล (QA)	ความสำเร็จระดับ 5	1	พัฒน์รูปแบบ
R 30	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด	ความสำเร็จระดับ 5		พัฒน์รูปแบบ
	R 30.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	<ร้อยละ 8	0.5	พัฒน์รูปแบบ
	R 30.2 ระดับความสำเร็จของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ความสำเร็จระดับ 5	1	พัฒน์รูปแบบ
R 31	ระดับความสำเร็จการดูแลผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	ความสำเร็จระดับ 5	2	พัฒน์รูปแบบ
R 32	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	ความสำเร็จระดับ 5	1.5	พัฒน์รูปแบบ
R 33	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานธรรมนูญสู้โควิด 19	ความสำเร็จระดับ 5	1.5	พัฒน์รูปแบบ
R 34	ระดับความสำเร็จของอำเภอที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน	ความสำเร็จระดับ 5	3	ควบคุมโรค
	R 34.1 ร้อยละของเหตุการณ์การระบาดผู้ป่วยCOVID19 ที่สามารถควบคุมโรคให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน	ร้อยละ 100	1.5	ควบคุมโรค
	R 34.2 ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 กลุ่มเป้าหมายหลักเข็ม1และเข็ม2	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	1.5	ควบคุมโรค
R 35	ระดับความสำเร็จการรักษา/ควบคุม/ป้องกันวัณโรค			ควบคุมโรค
	R 35.1 อัตราความความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 88	1	ควบคุมโรค
	R 35.2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 88	1	ควบคุมโรค
	R 35.3 อัตราการขาดการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	<ร้อยละ 1	0.5	ควบคุมโรค
	R 35.4 อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายรังสีทรวงอก	ร้อยละ 90	1	ควบคุมโรค
	R 35.5 อัตราการรักษาวัณโรคในสูตรพื้นฐานเกินระยะเวลาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	น้อยกว่าร้อยละ 5	0.5	ควบคุมโรค

ลำดับ R	ชื่อตัวชี้วัด Ranking	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
R 36	มาตรฐานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาสำหรับหน่วยงาน (การรายงาน 506)	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85	1	ควบคุมโรค
R 37	ความครอบคลุมการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุครบ 1 ปี			ควบคุมโรค
	R 37.1 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน POLIO ชนิดฉีด (IPV)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	0.5	ควบคุมโรค
	R 37.2 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน POLIO ชนิดหยอด (OPV3)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	0.5	ควบคุมโรค
	R 37.3 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนคางทูม หัด หัดเยอรมัน (MMR1)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	0.5	ควบคุมโรค
	R 37.4 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนคางทูม หัด หัดเยอรมัน (MMR2)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	0.5	ควบคุมโรค
R 38	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้บูรณาการด้านสุขภาพ (Health Literacy School : HLS)	เป้าหมาย 1 รพ.สต. 1 โรงเรียน (รร.ตชด.ทุกแห่ง) ต้นแบบอำเภอละ 1 แห่ง	1	ทันตสาธารณสุข
R 39	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย	ความสำเร็จระดับ 5	2	ทันตสาธารณสุข
R 40	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการทันตสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ	ความสำเร็จระดับ 5	2	ทันตสาธารณสุข
R 41	ระดับความสำเร็จของการพัฒนากลไกการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ	ความสำเร็จระดับ 5	2	คุ้มครองผู้บริโภคฯ
R 42	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพกัญชาทางการแพทย์	ความสำเร็จระดับ 5	1	คุ้มครองผู้บริโภคฯ
R 43	ระดับความสำเร็จของการการดำเนินงาน RDU	ความสำเร็จระดับ 5	2	คุ้มครองผู้บริโภคฯ
R 44	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานแพทย์แผนไทย ปี 2565			แพทย์แผนไทย
	R 44.1 ร้อยละผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 20.5	1	แพทย์แผนไทย
	R 44.2 ร้อยละการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 (หมายเหตุ : เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2564)	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 จากปี 2564	1	แพทย์แผนไทย
	R 44.3 จำนวนหมอพื้นบ้านที่ผ่านการขึ้นทะเบียนขอใบรับรองการเป็นหมอพื้นบ้านตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข	ตามเกณฑ์ที่กำหนด	1	แพทย์แผนไทย
R 45	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	-ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 98 -ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 60	2	อนามัยสิ่งแวดล้อม ฯ
R 46	อำเภอมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบในการบริหารจัดการสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร	ความสำเร็จระดับ 5 (อำเภออย่างน้อย 1 แห่ง)	2	อนามัยสิ่งแวดล้อม ฯ



ลำดับ R	ชื่อตัวชี้วัด Ranking	ค่าเป้าหมาย	ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
R 47	ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้น อย่างน้อยร้อยละ 10	2	อนามัยสิ่งแวดล้อม ฯ
R 48	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 4-7	ความสำเร็จระดับ 5	4	ประกันสุขภาพ
R 49	ระดับความสำเร็จองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ	ความสำเร็จระดับ 5	2	HRD
R 50	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) จังหวัดอุบลราชธานี	ความสำเร็จระดับ 5	2	HRD
R 51	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ความสำเร็จระดับ 5	2	กฎหมาย
R 52	ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพบัญชี (AC) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2565	ความสำเร็จระดับ 5	1	บริหาร
R 53	ระดับความสำเร็จการประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2565	ความสำเร็จระดับ 5	1	บริหาร
R 54	ระดับความสำเร็จอำเภอที่มีการบริหารจัดการด้านแผนงานโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ	ความสำเร็จระดับ 5	2	ยุทธศาสตร์
R 55	ร้อยละการเบิกจ่ายงบ Non UC ปี 2565 (สนง.สสอ.) มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ 100	1	ยุทธศาสตร์
R 56	ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2565	ร้อยละ 100	1	ยุทธศาสตร์
R 57	ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	ความสำเร็จระดับ 5	2	ยุทธศาสตร์
R 58	ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital (Smart tools & Smart service)			ยุทธศาสตร์
	R 58.1 ร้อยละของหน่วยบริการทุกระดับที่เป็น Smart Hospital (Smart tools & Smart service)	ร้อยละ 100	1	ยุทธศาสตร์
	R 58.2 ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ติดตั้งและใช้งานระบบ Smart Refer	ร้อยละ 100	1	ยุทธศาสตร์



รายละเอียดรายตัวชี้วัด Ranking
ปีงบประมาณ 2565



ตัวชี้วัด R 1	**ระดับความสำเร็จการเฝ้าระวังการตายของมารดา**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ความสำเร็จระดับ 5)**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**2 คะแนน**
คำนิยาม	**การตายมารดา** หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้อง หรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์**และคลอด หรือ**การดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด **รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ** ต่อการเกิดมีชีพแสนคน **การเยี่ยมเสริมพลัง** หมายถึง กระบวน(Process) การเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นที่มีหลักการและเหตุผลบนหลักฐานเชิงประจักษ์และวิชาการ ได้ผลลัพธ์เป็นระบบ (System) หรือแนวทาง(Guideline) การดูแลมารดาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดอย่างมีคุณภาพ ลดการตายมารดา ตลอดจนชื่นชมให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการ ภาคีเครือข่าย ใช้ศักยภาพของตนเองและทีมงานดำเนินงานอย่างเต็มความสามารถในการพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้มาตรฐานสอดคล้องกับบริบท **แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge sharing) รายโซน** หมายถึง ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด ระดับอำเภอ (รพ.+สสอ.+รพ.สต.) ในเขตพัฒนาพื้นที่สาธารณสุขด้านสูติศาสตร์ มีความสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มาร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้วยความสมัครใจ เพื่อร่วมสร้างความเข้าใจ หรือพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Guideline) ในเรื่องนั้นๆ องค์ประกอบหลักที่สำคัญๆ ของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) มีอยู่ด้วยกัน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ คน สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก **คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board)** หมายถึง กลุ่มบุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ดำเนินงานพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เพื่อลดการตายมารดาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

วัตถุประสงค์	1.พัฒนาระบบ (System) การดูแลมารดาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ให้มีคุณภาพ และให้มีมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กตามที่กำหนด 2.พัฒนาระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพติดตามการดูแลหญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อลดการตายของมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ สู่ระยะคลอด และหลังคลอด 3.พัฒนาทักษะบุคลากรในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะปกติและภาวะวิกฤติ ให้มีความเชี่ยวชาญ
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์, หญิงขณะรอคลอด, ขณะคลอด และหญิงหลังคลอดภายใน 42 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เมื่อเกิดมารดาตาย มีขั้นตอนรายงานมารดาตาย ดังนี้ **1. โรงพยาบาลที่มีแม่ตาย** 1.1 แจ้งข้อมูลการตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ระดับจังหวัดภายใน 24 ชั่วโมง **2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด** 2.1 แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์เฝ้าระวังมารดาตายภายใน 24 ชั่วโมง **3. คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด** 3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์เฝ้าระวังมารดาตายภายใน 24 ชั่วโมง **4. ศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี** 4.1 ประสานกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย 4.2 ส่งรายงานการตายมารดาเบื้องต้น ผ่าน http://savemom.anamai.moph.go.th ให้แก่กรมอนามัยภายใน 24 ชั่วโมง 4.3 ประสานกับคระกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย 4.4 จัดประชุมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา **5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย** 5.1 วิเคราะห์ข้อมูลมารดาตายในภาพรวมและรายงานแก่คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานมารดาและทารกปริกำเนิดทุก 3 เดือน 5.2 จัดทำรายงานประจำปีและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง **6. ศูนย์อนามัยที่ 10** จัด Case conference มารดาตาย ร่วมกับ MCH Board ระดับเขต จังหวัด และส่งต่อรายงานให้กรมอนามัยภายใน 45 วัน
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ **ยกเว้น** อุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100,000

ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ/ปี (รอบที่ 1 ตค.64 – 31 มีค.65) (รอบที่ 2 เมย.65 – 31 สค. 65)
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน กับค่าเป้าหมาย
เอกสารสนับสนุน :	1. แบบรายงานการตายมารดา CE หรือ แบบรายงาน ก1 หรือแบบสอบสวนการตายมารดาอื่นๆ 2. แบบประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ 3. มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพโดยใช้ HA เป็น base on ในการดำเนินงานร่วมด้วย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
อัตราส่วนการตายมารดา	อัตราส่วนการตายต่อการเกิดมีชีพแสนคน	5.69	24.07	28.14

ที่มา : HDC จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สนง.สสจ.อุบลราชธานี

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	1. มีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ทุกไตรมาส
2 คะแนน	1. มีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ทุกไตรมาส 2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผ่านการอบรมวิชาการเกี่ยวกับอนามัยแม่และเด็กปีละ 2 ครั้ง
3 คะแนน	1. มีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ทุกไตรมาส 2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผ่านการอบรมวิชาการเกี่ยวกับอนามัยแม่และเด็กปีละ 2 ครั้ง 3. ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กทุกอำเภอ ลงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge sharing) เสริมพลัง (Empowerment) ใน รพ.สต. (รพ.สต 2-3 แห่ง) ปีละ 1 ครั้ง

4 คะแนน	1. มีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ทุกไตรมาส 2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผ่านการอบรมวิชาการเกี่ยวกับอนามัยแม่และเด็กปีละ 2 ครั้ง 3. ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กทุกอำเภอ ลงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge sharing) เสริมพลัง (Empowerment) ใน รพ.สต. (รพ.สต 2-3 แห่ง) ปีละ 1 ครั้ง 4. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับการซ้อมแผนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินคลอด ปีละ 1 ครั้งโดยดำเนินการในไตรมาสที่ 1-3
5 คะแนน	1. ไม่มีหญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตในเขตรับผิดชอบ (ฐานข้อมูลตามสถานบริการ ANC นั้นๆ) 2. มีการดำเนินงานตามรายละเอียดระดับคะแนน 1-4 ทุกข้อ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918	ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 089-624-9475 E-mail : rr.tippawon@gmail.com
	2. นางสาววรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-419-2898 E-mail : keng295@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาววรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 085-419-2898 E-mail : keng295@hotmail.com

ตัวชี้วัด R 2	**เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย**
ตัวชี้วัดย่อย R 2.1	**ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ร้อยละ 90**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**เด็กอายุ 0 - 5 ปี** หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน **พัฒนาการสมวัย** หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ 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 เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262: เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)
- **พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม** หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2

เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

2565	2566	2567	2568	2569	2570
ร้อยละ90	ร้อยละ90	ร้อยละ95	ร้อยละ95	ร้อยละ98	ร้อยละ98

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 บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A1 X 100 B1
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบต่อปี รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)
วิธีการประเมินผล :	-
เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือแนวทางการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต 2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ 3. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี 4. แนวทางการดำเนินงานตามเกณฑ์ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต 5. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ตัวชี้วัด (ร้อยละ)	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
เด็กอายุ 0 - 5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	น้อยกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ80-84	ร้อยละ85-89	ร้อยละ90-94	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 E-mail : rr.tippawon@gmail.com 2.นางสาวอรญา สายเสมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 091-8358036 โทรสาร : 045-241918 E-mail : Aumaim204@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอรญา สายเสมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 091-8358036 โทรสาร : 045-241918 E-mail : Aumaim204@gmail.com

ตัวชี้วัดย่อย R 2.2	ร้อยละเด็กปฐมวัยพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม
ค่าเป้าหมายปี 2565	ร้อยละ 90
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	- **เด็กปฐมวัย** หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน - **พัฒนาการสมวัย** หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน (1B260) • **พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม** หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 **เด็กพัฒนาการล่าช้า** หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

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 บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$

ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบต่อปี รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)
วิธีการประเมินผล :	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดอุบลราชธานี ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน) การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน
เอกสารสนับสนุน :	1. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก , Platform Pinkbookhttps://healthplatform.anamai.moph.go.th/ 2. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล https://bit.ly/3CkGHss 3. คู่มือ DSPM https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/2789#wow-book/ 4. คู่มือมิสนมแม่ 5. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ 6. ตำรับอาหารสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยhttps://bit.ly/3irbmMM 7. หลักสูตรออนไลน์ วิถีใหม่ (New normal) - การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย : ภาคทฤษฎีhttps://bit.ly/2Vje4eS - ผู้อำนวยการเล่น (PLAY WORKER) https://bit.ly/2VxlQBg - อาหารและโภชนาการสำหรับประชาชน https://bit.ly/3CkJou4

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และรอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ตัวชี้วัด (ร้อยละ)	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	< ร้อยละ 80	ร้อยละ 80 - 84	ร้อยละ 85 - 89	ร้อยละ 90 - 94	≥ ร้อยละ 95

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801 ต่อ113 โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 E-mail : rr.tippawon@gmail.com 2.นางสาวอรญา สายเสมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 091-8358036 โทรสาร : 045-241918 E-mail : Aumaim204@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอรญา สายเสมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 091-8358036 โทรสาร : 045-241918 E-mail : Aumaim204@gmail.com

ตัวชี้วัดย่อย R 2.3	**ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ร้อยละ 85**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**เด็กปฐมวัย** หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน **พัฒนาการสมวัย** หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน (1B260)

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85

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	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A =จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก
รายการข้อมูล 2	B =จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบต่อปี รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

วิธีการประเมินผล :	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดอุบลราชธานี ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน) การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน
เอกสารสนับสนุน :	1. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก , Platform Pinkbookhttps://healthplatform.anamai.moph.go.th/ 2. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล https://bit.ly/3CkGHss 3. คู่มือ DSPM https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/2789#wow-book/ 4. คู่มือมิสนมแม่ 5. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก 6. คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ 7. ตำรับอาหารสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยhttps://bit.ly/3irbmMM 8. หลักสูตรออนไลน์ วิถีใหม่ (New normal) - การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย : ภาคทฤษฎี https://bit.ly/2Vje4eS - ผู้อำนวยการเล่น (PLAY WORKER) https://bit.ly/2VxlQBg 9. - อาหารและโภชนาการสำหรับประชาชน https://bit.ly/3CkJou4

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และรอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ตัวชี้วัด (ร้อยละ)	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	< ร้อยละ 70	ร้อยละ 70 - 74	ร้อยละ 75 - 79	ร้อยละ 80 - 85	≥ ร้อยละ 85

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 E-mail : rr.tippawon@gmail.com 2.นางสาวอรญา สายเสมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 091-8358036 โทรสาร : 045-241918 E-mail : Aumaim204@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอรญา สายเสมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 091-8358036 โทรสาร : 045-241918 E-mail : Aumaim204@gmail.com

ตัวชี้วัด R 3	**เด็กอายุ 0-5 ปี มีการเจริญเติบโต**
ตัวชี้วัดย่อย R 3.1	**ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ร้อยละ 64 (ส่วนสูงที่อายุ 5 ปี ชาย 113 ซม./ หญิง 112 ซม.)**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**เด็กอายุ 0 - 5 ปี** หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน **สูงดี** หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2563 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ **สมส่วน** หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง **สูงดีสมส่วน** หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน ในคนเดียวกัน

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 64	ร้อยละ 66	ร้อยละ 68	ร้อยละ 70	ร้อยละ 72	ร้อยละ 74

วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0 - 5 ปี 2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขและการเฝ้าระวังทางโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) คลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และโรงเรียนระดับอนุบาล หมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	-หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก -เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และบันทึกด้วยทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก 20.1 กิโลกรัมส่วนสูง 151.2 เซนติเมตร 2. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน PCU ของโรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลน้ำหนักความยาว/ส่วนสูง ของเด็กจากหมู่บ้าน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โรงเรียนระดับอนุบาล และสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (คลินิกสุขภาพเด็กดี) ซึ่งไม่รวมการมารับบริการในกรณีเจ็บป่วย บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HOSxPPCU เป็นต้น เพื่อส่งออกแฟ้มข้อมูล Nutrition ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม

แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 3) โรงเรียนระดับอนุบาล 4) หมู่บ้าน (จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีสูงดีสมส่วนตามเกณฑ์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A x 100 B
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส **ประเมินผล** Ranking 2 **รอบต่อปี** รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC จังหวัดอุบลราชธานีกับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	63.9	63.1	63.3

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 57
2 คะแนน	ร้อยละ 57 – 59.99
3 คะแนน	ร้อยละ 60 – 62.99
4 คะแนน	ร้อยละ 63 – 65.99
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 66

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 E-mail : rr.tippawon@gmail.com 2.นางจิรนันท์ เวียงนนท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801 ต่อ 113 โทรสาร : 045-241918 โทรศัพท์มือถือ : 085-6561588 E-mail : oppjra@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางจิรนันท์ เวียงนนท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801 ต่อ 113 โทรสาร : 045-241918 โทรศัพท์มือถือ : 085-6561588 E-mail : oppjra@gmail.com

ตัวชี้วัดย่อย R 3.2	ร้อยละเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก
ค่าเป้าหมายปี 2565	ร้อยละ 90
ค่าถ่วงน้ำหนัก	0.5 คะแนน
คำนิยาม	**เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี** หมายถึง เด็กที่มีอายุระหว่าง 6 เดือน ถึง 4 ปี 11 เดือน และ 29 วัน **การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก** หมายถึง กระบวนการให้บริการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อลดภาวะโลหิตจางในเด็ก ระหว่าง 6 เดือน ถึง 4 ปี 11 เดือน 29 วัน เพื่อเป็นการส่งเสริมและเร่งรัดให้มีการเข้าถึงบริการ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 7 เมษายน 2559 อย่างต่อเนื่องให้เด็กปฐมวัย อายุ 6 เดือน -5 ปีได้รับยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาด ธาตุเหล็ก เพิ่มขึ้น โดยส่งเสริมให้มีการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก ในกลุ่มเด็ก 6 เดือน ถึง 5 ปี คนไทยทุกสิทธิ์ ที่มารับให้ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ให้เพียงพอกับปริมาณที่กำหนดตามคำแนะนำ โดยคำนวณให้กินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ตามคู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก)

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0 - 5 ปี 2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขและการเฝ้าระวังทางโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) คลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และโรงเรียนระดับอนุบาล หมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	-หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก -เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี11 เดือน 29 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงานผลการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก กลุ่มเด็ก 6 เดือน ถึง 5 ปี สถานบริการสุขภาพทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 3) โรงเรียนระดับอนุบาล 4) หมู่บ้าน (จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปีได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กครบตามเกณฑ์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ทั้งหมดในพื้นที่
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$

<table>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รายไตรมาส
ประเมินผล Ranking 2 รอบต่อปี
รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)
รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC จังหวัดอุบลราชธานีกับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td></tr>
<tr><td>เด็กได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก</td><td>ร้อยละ</td><td>n/a</td><td>63.0</td><td>81.68</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)
รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)
รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)
<table>
<tr><th>ค่าคะแนน</th><th>ความหมาย /เกณฑ์การวัด</th></tr>
<tr><td>1 คะแนน</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>2 คะแนน</td><td>ระหว่างร้อยละ 80 – 84.99</td></tr>
<tr><td>3 คะแนน</td><td>ระหว่างร้อยละ 85 – 89.99</td></tr>
<tr><td>4 คะแนน</td><td>ระหว่างร้อยละ 90 – 94.99</td></tr>
<tr><td>5 คะแนน</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1.นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงค์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 E-mail : rr.tippawon@gmail.com
2.นางจิรนันท์ เวียงนนท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801 ต่อ 113 โทรสาร : 045-241918
โทรศัพท์มือถือ : 085-6561588 E-mail : oppjra@gmail.com</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>นางจิรนันท์ เวียงนนท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801 ต่อ 113 โทรสาร : 045-241918
โทรศัพท์มือถือ : 085-6561588 E-mail : oppjra@gmail.com</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัดย่อย R 3.3	**ร้อยละเด็กอายุ 6 –12 เดือน ที่ตรวจคัดกรอง (Hct, CBC) และพบโลหิตจาง**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ไม่เกินร้อยละ 20**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**เด็กอายุ 6-12 เดือน** หมายถึง เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 12 เดือนในปีเดียวกัน **การตรวจ Hct CBC** หมายถึง กระบวนการเจาะเลือดเพื่อค้นหาภาวะโลหิตจากในเด็กอายุระหว่าง 6-12 เดือน โดยค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดมาตรฐาน โดยมีการวัดจำนวนเม็ดเลือดแดง Red Blood Cell Count และการตรวจ Hematocrit และ Hemoglobin โดยผลการตรวจจะเป็นตัวแปรผลว่าเด็ก 6-12 เดือนมีความเสี่ยงการเกิดโรคโลหิตจาง ทำให้พัฒนาการเด็กไม่สมบูรณ์ เป็นปัญหาสติปัญญาเด็ก ส่งผลการเรียนรู้ ในอนาคต

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ไม่เกินร้อยละ 20	ไม่เกินร้อยละ 20	ไม่เกินร้อยละ 20	ไม่เกินร้อยละ 20	ไม่เกินร้อยละ 20	ไม่เกินร้อยละ 20

วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเด็กอายุ 6-12 เดือน 2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขและการเฝ้าระวังทางโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) คลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	-หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก -เด็ก 6 -12 เดือน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเจาะเลือดกลุ่มเป้าหมาย เด็ก 6 -12 เดือน สถานบริการสุขภาพทุกระดับ (โรงพยาบาล /โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 6 -12 เดือน ที่มีผลเลือด Hct และ CBC (ผิดปกติ) พบว่าเป็นโลหิตจาง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 6 -12 เดือน ที่ได้รับการตรวจ Hct และ CBC
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส **ประเมินผล** Ranking 2 **รอบต่อปี** รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC จังหวัดอุบลราชธานีกับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
เด็ก 6-12 เดือน ตรวจพบโลหิตจาง	ร้อยละ	n/a	32.33	18.36

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 36
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 31 - 35
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 26 - 30
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 21 - 25
5 คะแนน	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 E-mail : rr.tippawon@gmail.com 2.นางจิรนันท์ เวียงนนท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801 ต่อ 113 โทรสาร : 045-241918 โทรศัพท์มือถือ : 085-6561588 E-mail : oppjra@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางจิรนันท์ เวียงนนท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244-801 ต่อ 113 โทรสาร : 045-241918 โทรศัพท์มือถือ : 085-6561588 E-mail : oppjra@gmail.com

ตัวชี้วัด R 4	**การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ**
ตัวชี้วัดย่อย R 4.1	**ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ร้อยละ 90**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ** หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว **แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)** หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องใน

	พื้นที่โดยผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือทีมผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง **การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์** หมายถึง - การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทุกรายรอบ 9 เดือน และ 12 เดือน - ประเมินสุขภาพและคัดครองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข) ****** โดยการประเมินผ่านBlue Book Application กรมอนามัย**

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95

วัตถุประสงค์	เพื่อวางแผนการดูแลส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Care Manager /Caregiver / อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา 2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ข้อมูลการคัดกรอง :ประเมินผ่าน Blue Book Applicationกรมอนามัย 2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - พื้นที่จัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - เสนอ Care Plan ผ่านคณะอนุกรรมการกองทุน Long Term Care ระดับตำบล - Care Manager ระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลระบบผลการอนุมัติรายงาน Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองท้องถิ่นและกรมอนามัย - การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - ระดับกรมอนามัยเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลระบบโปรแกรม DOH Dashboard กรมอนามัย เพื่อการตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังและเป็นฐานข้อมูลกลางด้านผู้สูงอายุของประเทศ
แหล่งข้อมูล	- Blue Book Application กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข

<table>
<tr><td></td><td>- ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข
- DOH Dashboard กรมอนามัย</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan ในเขตพื้นที่
หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไป นับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ LTC
หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไปนับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>(A/B) X 100</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ประเมินแผนปฏิบัติ 1 ครั้ง และติดตามการดำเนินงานตามรอบการประเมิน
รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2565
รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2565 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>1. พื้นที่ประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
2. พื้นที่จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)
3. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care ได้รับการเสนออนุกรรมการLong Term Care เพื่ออนุมัติ Care Plan ในการได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล
4. ศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมินและรายงานตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประจำเดือน
5. กรมอนามัยวิเคราะห์ประเมินผล Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และจัดทำรายงานใน DOH Dashboard กรมอนามัย และHealth KPI กระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td></tr>
<tr><td>ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan</td><td>ร้อยละ</td><td>92.42</td><td>89.56</td><td>92.45</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan
รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2565
รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2565 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565
<table>
<tr><th>ค่าคะแนน</th><th>ความหมาย /เกณฑ์การวัด</th></tr>
<tr><td>1 คะแนน</td><td>น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 74</td></tr>
<tr><td>2 คะแนน</td><td>ระหว่างร้อยละ 75–79</td></tr>
<tr><td>3 คะแนน</td><td>ระหว่างร้อยละ 80 -84</td></tr>
<tr><td>4 คะแนน</td><td>ระหว่างร้อยละ 85– 89</td></tr>
<tr><td>5 คะแนน</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 E-mail : rr.tippawon@gmail.com 2.นางสายใจ นิปัจการสุนทร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 092–664– 4459 E-mail : niput.sayjai1964@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสายใจ นิปัจการสุนทร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 092–664– 4459 E-mail : niput.sayjai1964@gmail.com
ตัวชี้วัดย่อย R 4.2	**ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ร้อยละ 50**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**ผู้สูงอายุ** หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มี ADL ≥12 คะแนน ทั้งเพศชายและเพศหญิง **พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์** หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆเอง (ร่างกาย จิตใจ และสังคม) **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ** ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย 1. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน/ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ออกกำลังกาย) สะสม 150 นาที/สัปดาห์ 2. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6–7 วันต่อสัปดาห์) 3. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4. ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบยาเส้น 5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาดองเหล้า) 6. มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรคประจำตัวมีการรับประทานยาต่อเนื่อง) 7. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8 ชั่วโมง 8. ด้านทันตกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก **หมายเหตุ:** 1. ผ่านการประเมินทั้ง 8 ด้าน ถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2. กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อ และทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในชีวิต 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 ตามแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2561

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 50	ร้อยละ 52	ร้อยละ 54	ร้อยละ 56	ร้อยละ 58	ร้อยละ 60

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 2. เพื่อให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น 3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน และเพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม 4. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ/โรงเรียนผู้สูงอายุและชุมชน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มี ADL ≥ 12 คะแนน ร้อยละ 10 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดของพื้นที่
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) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินแผนปฏิบัติ 1 ครั้ง และติดตามการดำเนินงานตามรอบการประเมิน รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2565 รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2565 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565
วิธีการประเมินผล :	คำนวณข้อมูลจากแบบรายงาน Application Health For You (H4U) หรือสมุดสุขภาพประชาชน

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td></td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td></tr>
<tr><td>พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ</td><td>ร้อยละ</td><td>52</td><td>37.8</td><td>30.8</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td colspan="3">เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2565
รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2565 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565</td></tr>
<tr><td colspan="3">
<table>
<tr><th>ค่าคะแนน</th><th>ความหมาย /เกณฑ์การวัด</th></tr>
<tr><td>1 คะแนน</td><td>ระหว่างร้อยละ 10-19</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>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td colspan="2">1.นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 E-mail : rr.tippawon@gmail.com
2.นายสิทธิศักดิ์ เผ่าพันธ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์มือถือ 085–146–1978 E-mail : g6.com.sittisak@gmail.com</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td colspan="2">นายสิทธิศักดิ์ เผ่าพันธ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์มือถือ 085–146–1978 E-mail : g6.com.sittisak@gmail.com</td></tr>
<tr><td>ตัวชี้วัดย่อย R 4.3</td><td colspan="2">ร้อยละของระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์</td></tr>
<tr><td>ค่าเป้าหมายปี 2565</td><td colspan="2">ร้อยละ 50 (ประเมินระดับความสำเร็จ ระดับ 5)</td></tr>
<tr><td>ค่าถ่วงน้ำหนัก</td><td colspan="2">0.5 คะแนน</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td colspan="2">1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข็มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว
2. องค์ประกอบของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว ด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้</td></tr>
</table>

	องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย -ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทุกราย รอบ 9 และ12 เดือน -ประเมินสุขภาพและคัดครองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยทีมประเมินรับรองจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี) **องค์ประกอบที่ 2** ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan) **องค์ประกอบที่ 3** มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่ - มีการดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ - มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาดและควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล - มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณูปโภค การจัดการขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น **องค์ประกอบที่ 4** มี Care Manager/ทีมสหวิชาชีพ/หมอครอบครัว/Caregiver/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุลงเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล **องค์ประกอบที่ 5** มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรอบ 9 และ 12 เดือนดีขึ้นในลักษณะของการเปลี่ยนจาก - กลุ่มติดเตียงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน - กลุ่มติดบ้านมาเป็นกลุ่มสังคม **องค์ประกอบที่ 6** มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประกอบด้วย - ข้อมูลการขึ้นทะเบียน CM /CG /และการจัดทำ Care Plan - ข้อมูลการประเมินตำบลตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบ ทั้งพื้นที่ใหม่/พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE–Accreditation) ภายใน ระยะเวลา 3 ปี

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 98	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	เพื่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข็มแข็งของภาคีเครือข่ายในระดับตำบล /ชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการทุกจังหวัด อำเภอ ตำบล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Applicationกรมอนามัย 2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) 3. การรายงานผลการประเมินตำบลคุณภาพผ่านเกณฑ์ทั้งพื้นที่ใหม่/ พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)
แหล่งข้อมูล	- Blue Book Application กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข - ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข - DOH Dashboard กรมอนามัย
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2565 B = จำนวนตำบลใหม่ที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2565 C = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินปีงบประมาณ 2559 – 2564 D = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินและรับรองซ้ำ(RE–Accreditation) ในปี 2565
รายการข้อมูล 2	E = จำนวนตำบลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/E) x100 หมายเหตุ A = (B+C+D) /100
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดำเนินการตามเกณฑ์ มีหลักฐานเป็นประจักษ์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	83.9	92.78	96.25

เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2565

รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2565 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565

1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ ร้อยละ80 และมีข้อมูลผู้สูงอายุในการวางแผนการดูแลที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลและการดูแลช่วยเหลือระยะยาว ร้อยละ 98
2. มีการสนับสนุนการดำเนินชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพกรมอนามัยอย่างน้อยตำบลละ 1 ชมรม
3. มีบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ/ ทีมหมอครอบครัว ภาคีเครือข่าย ท้องถิ่น และชุมชน อย่างมีส่วนร่วม
4. มีการประเมินตำบลตามเกณฑ์และรับรองซ้ำ (Re-Accreditation) ภายในระยะเวลา 3 ปี
5. มีการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านและนอกบ้านที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม (การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เป้าหมาย 1 รพ.สต./1 หมู่บ้าน)

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	1.นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 2.นางสายใจ นิปัจการสุนทร โทรศัพท์มือถือ 092–664– 4459	ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ E-mail : rr.tippawon@gmail.com ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : niput.sayjai1964@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสายใจ นิปัจการสุนทร โทรศัพท์มือถือ 092–664– 4459	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : niput.sayjai1964@gmail.com

ตัวชี้วัด R 5	**ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง Geriatric Syndromes**
ตัวชี้วัดย่อย R 5.1	**ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบเป็นภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**≥ ร้อยละ 30**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**คลินิกผู้สูงอายุ** หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี **กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes)**หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (1) หรือภาวะพลัดตกหกล้ม (2) **การดูแลรักษา** หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสมหลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ 2. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (websitehttp://agingthai.dms.moph.go.th)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2565 รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2565 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565

<table>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>1. ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
2. เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าหมายระดับเขต</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td></tr>
<tr><td>(ตัวชี้วัดใหม่)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด **ภาวะสมองเสื่อม** และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2565
รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2565 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 15
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 15 -19
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 20 -24
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 25 -29
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30

<table>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1.นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 E-mail : rr.tippawon@gmail.com
2.นางสายใจ นิปัจการสุนทร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ 092–664– 4459 E-mail : niput.sayjai1964@gmail.com</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>นางสายใจ นิปัจการสุนทร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ 092–664– 4459 E-mail : niput.sayjai1964@gmail.com</td></tr>
<tr><td>ตัวชี้วัดย่อย R 5.2</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบเป็นภาวะพลัดตกหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</td></tr>
<tr><td>ค่าเป้าหมายปี 2565</td><td>≥ ร้อยละ 30</td></tr>
<tr><td>ค่าถ่วงน้ำหนัก</td><td>1 คะแนน</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี
กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (1) หรือภาวะพลัดตกหกล้ม (2)</td></tr>
</table>

	การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อ**ภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะพลัดตกหกล้ม**

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสมหลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ 2. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (websitehttp://agingthai.dms.moph.go.th)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด**ภาวะพลัดตกหกล้ม** และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิด**ภาวะพลัดตกหกล้ม**
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2565 รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2565 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565
วิธีการประเมินผล :	1. ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าหมายระดับเขต
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
(ตัวชี้วัดใหม่)	-	-	-	-

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด **ภาวะพลัดตกหกล้ม** และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2565

รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2565 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 15
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 15 -19
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 20 -24
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 25 -29
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงค์ โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 2.นางสายใจ นิปัจการสุนทร โทรศัพท์มือถือ 092–664– 4459	ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ E-mail : rr.tippawon@gmail.com ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : niput.sayjai1964@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสายใจ นิปัจการสุนทร โทรศัพท์มือถือ 092–664– 4459	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : niput.sayjai1964@gmail.com

ตัวชี้วัด R 6	**ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิตและได้รับการเยียวยาจิตใจ**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19** หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการประเมินและคัดกรองด้านสุขภาพจิต จากการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยการค้นหา คัดกรองเชิงรุก (Active Screening) จากโปรแกรม Mental Health Check-In แล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต แบ่งเป็น **1.กลุ่มเด็กและวัยรุ่น อายุต่ำกว่า 18 ปี** โดยใช้เครื่องมือและเกณฑ์การประเมินตามมติคณะกรรมการพัฒนางานจิตเวชเด็ก **2.ประชาชนที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป** 1.) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ≥7 คะแนน หลังผลการประเมิน 2Q เป็นบวก 2.) แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ≥1 คะแนน 3.) แบบประเมินภาวะหมดไฟ (Burn out) ≥3 คะแนน **ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ** หมายถึง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ที่ได้รับการประเมินและคัดกรองด้านสุขภาพจิต แล้วพบว่า มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ได้รับการช่วยเหลือดูแลเยียวยาจิตใจตามกระบวนการดูแล ฟื้นฟูเยียวยาจิตใจและติดตามดูแลต่อเนื่อง จนหมดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น การปฐมพยาบาลด้านจิตใจ (PFA) การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือจิตใจในภาวะวิกฤต (Crisis Intervention) และ Grief counselling เป็นต้น รวมถึงการส่งพบจิตแพทย์ หรือระบบบริการตามปัญหาสุขภาพจิตที่พบ โดยมีช่องทางการให้บริการด้านสุขภาพจิต ทั้งระบบออนไลน์และระบบปกติ หรือการประสาน ส่งต่อ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ตามปัญหาของแต่ละบุคคล **ผู้ป่วย Post-acute COVID-19 (Long COVID-19)** หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่พบว่ามีกลุ่มอาการเข้าเกณฑ์ Post-acute COVID-19 Syndrome (Long COVID-19) หลังจากรับการรักษาแล้ว 3 เดือน ยังพบว่ามีอาการที่ยังคงอยู่ **ผู้ป่วย Post-acute COVID-19 (Long COVID-19) เข้าถึงบริการสุขภาพ** หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 จากฐานข้อมูลคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2564 ที่ได้รับการติดตามอาการหลังจากตรวจพบเชื้อโควิด-19 แล้ว 3 เดือน โดยใช้แบบประเมินอาการ Long COVID-19 แล้วพบว่าเข้าเกณฑ์ Post acute COVID-19 Syndrome (Long COVID-19) ทางด้านสุขภาพจิต โดยแบ่งเป็น **1.) กลุ่ม N1 คือ ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ที่ประเมินอาการ Long COVID-19 แล้วพบว่ามีอาการเข้าเกณฑ์ Post-acute COVID-19 Syndrome (Long-COVID) ด้านสุขภาพจิต ข้อใดข้อหนึ่ง** ต้องได้รับการดูแลจิตใจที่เหมาะสมตามแนวทางของกรม

<table>
<tr><td></td><td>สุขภาพจิต เช่น การให้คำปรึกษา Brief Motivational Advice (BA) Brief Motivational Intervention (BI) เป็นต้น ทางโทรศัพท์หรือ online application ต่างๆ เพื่อดูแลฟื้นฟูจิตใจ รวมถึงการส่งพบแพทย์/จิตแพทย์ หรือให้คำแนะนำช่องทางการปรึกษา ส่งต่อระบบบริการ ตามปัญหาสุขภาพจิตที่พบ เพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพจิตในระยะยาว
2) กลุ่ม N2 คือ ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ที่ประเมินอาการ Long COVID-19 แล้วไม่พบภาวะ Post- acute COVID-19 Syndrome (Long-COVID) ทางด้านสุขภาพจิต ต้องได้รับคำแนะนำ/ให้ข้อมูล เช่น อาการหลังโควิดที่อาจเกิดขึ้น การดูแลตนเองเพื่อลดโอกาสเกิดอาการ Long COVID-19 รวมทั้งให้ข้อมูล ในการประเมินสุขภาพจิตตนเองผ่านโปรแกรม Mental Health Check-in รวมทั้งให้คำแนะนำด้านต่างๆต่อไป</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565
1.ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิตและได้รับการเยียวยาจิตใจ
<table>
<tr><th>ปีงบประมาณ 2561</th><th>ปีงบประมาณ 2562</th><th>ปีงบประมาณ 2563</th><th>ปีงบประมาณ 2564</th><th>ปีงบประมาณ 2565</th></tr>
<tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 85</td></tr>
</table>
2.ร้อยละของผู้ป่วย Long COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต
<table>
<tr><th>ปีงบประมาณ 2561</th><th>ปีงบประมาณ 2562</th><th>ปีงบประมาณ 2563</th><th>ปีงบประมาณ 2564</th><th>ปีงบประมาณ 2565</th></tr>
<tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>ร้อยละ 75</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>1.) วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิตประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการติดตามดูแลเยียวยาจิตใจ
2.) ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 หลังจากรับการรักษาแล้ว 3 เดือน ยังพบว่ามีอาการที่ยังคงอยู่ ได้รับการคัดกรองอาการ Post-acute COVID-19 (Long COVID-19)</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>1.) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ที่ได้รับการประเมินและคัดกรองด้านสุขภาพจิต แล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตใน 4 ประเด็น (StB SuD : Stress, Burnout, Suicide, Depression) ได้รับการช่วยเหลือดูแลเยียวยาจิตใจ
2.) ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 จากฐานข้อมูล HDC ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2564</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>แบบรายงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้
1.) การติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ติดตามผ่าน Dashboard ข้อมูลการติดตามกลุ่มเสี่ยง จากโปรแกรม Mental Health Check-in : กรมสุขภาพจิต
2.) การติดตามผู้ป่วย Long COVID-19 จัดเก็บข้อมูลผ่านระบบที่กรมสุขภาพจิตกำหนด</td></tr>
</table>

แหล่งข้อมูล	1.ทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากระบบโปรแกรม Mental Health Check-In: กรมสุขภาพจิต 2.ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วย Long COVID-19
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิตและได้รับการเยียวยาจิตใจ ตามกระบวนการดูแลช่วยเหลือทางจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่พบว่าเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ภายใต้สถานการณ์ COVID-19 จากโปรแกรม Mental Health Check-in ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ที่ยินยอมให้ข้อมูลที่สามารถติดตามได้
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับการประเมินภาวะ Long COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต (N1+N2) N1 คือ ผู้ป่วย COVID-19 ที่ประเมินอาการ Long COVID-19 แล้วพบว่ามีอาการเข้าเกณฑ์ Post-acute COVID-19 Syndrome (Long-COVID) N2 คือ ผู้ป่วยCOVID-19 ที่ประเมินอาการ Long COVID-19 แล้วไม่พบภาวะ Post- acute COVID-19 Syndrome (Long-COVID) ทางด้านสุขภาพจิต
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ติดเชื้อ COVID-19 จากฐานข้อมูลคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2564
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิตและได้รับการดูแลเยียวยาจิตใจ $\frac{A \times 100}{B}$ 2.) ผู้ป่วย Long COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต $\frac{C \times 100}{D}$
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบต่อปี รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 -31 สิงหาคม 2565)
เอกสารสนับสนุน	1.ข้อมูลจากโปรแกรม Mental Health Check-In 2.ระบบข้อมูลใน HDC
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์การประเมิน 5 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน มีดังนี้

1. สถานการณ์และการจัดทำแผน

1.1 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ การประเมินและคัดกรองด้านสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จากการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยการค้นหา คัดกรองเชิงรุก (Active Screening) จากโปรแกรม Mental Health Check-In (0.5 คะแนน)

1.2 มีการรวบรวมจัดทำฐานข้อมูลทะเบียนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ Long COVID-19 เพื่อจัด ทำแผนติดตามดูแลช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ (0.5 คะแนน)

2. มีการบริหารจัดการทีม MCATT ระดับอำเภอ ตำบล และจัดระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิต ในการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิตเข้าระบบบริการและติดตามกลุ่มเสี่ยง ช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้มีภาวะวิกฤตในพื้นที่

2.1) มีแผนการพัฒนาศักยภาพทีม MCATT ระดับอำเภอ เช่น อบรม ซ้อมแผน ในการดูแลช่วยเหลือเยียวยาจิตใจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (0.5 คะแนน)

2.2) มีแผนการพัฒนาศักยภาพทีม MCATT ระดับตำบล เช่น อบรม ซ้อมแผน ในการดูแลช่วยเหลือเยียวยาจิตใจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (0.5 คะแนน)

3.มีการวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค ผลการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

3.1) มีการวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค ผลการดำเนินงาน และโอกาสพัฒนา ในการดูแลเยียวยาจิตใจกลุ่มเด็กและวัยรุ่น (0.5 คะแนน)

3.2) มีการวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค ผลการดำเนินงาน และโอกาสพัฒนา ในการดูแลเยียวยาจิตใจกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป (0.5 คะแนน)

4. มีการติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต และบันทึกผลในโปรแกรม Mental Health Check-In

4.1) มีการติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต และบันทึกผลในโปรแกรม ≤ 65 % (0.3 คะแนน)

4.2) มีการติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต และบันทึกผลในโปรแกรม 66-84 % (0.6 คะแนน)

4.3) มีการติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต และบันทึกผลในโปรแกรม ≥ 85 % (1 คะแนน)

5.ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ได้รับการติดตามอาการหลังจากตรวจพบเชื้อโควิด-19 แล้ว 3 เดือน

โดยใช้แบบประเมินอาการ Long COVID-19

5.1) ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ได้รับการติดตามอาการหลังจากตรวจพบเชื้อโควิด-19 แล้ว 3 เดือน ≤ 50 % (0.3 คะแนน)

5.2) ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ได้รับการติดตามอาการหลังจากตรวจพบเชื้อโควิด-19 แล้ว 3 เดือน 50-74 % (0.6 คะแนน)

5.3) ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ได้รับการติดตามอาการหลังจากตรวจพบเชื้อโควิด-19 แล้ว 3 เดือน > 75 % (1 คะแนน)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 1 (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)
2 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 1,2 (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)
3 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 1,2,3 (คะแนนเต็ม 3 คะแนน)
4 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 1,2,3,4 (คะแนนเต็ม 4 คะแนน)
5 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 1,2,3,4,5 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301 โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com 2.นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานสุขภาพจิต กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

	โทรศัพท์มือถือ : 091-8280179 โทร 045-262692 ต่อ 301 E-mail : mentalhealthubon@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานสุขภาพจิต กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 091-8280179 โทร 045-262692 ต่อ 301 E-mail : mentalhealthubon@gmail.com

ตัวชี้วัด R 7	**ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5 (≤8.9 ต่อประชากรแสนคน)**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**ระดับความสำเร็จการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย** หมายถึง อำเภอมีการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาโดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ ลดหรือป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย และดูแลเฝ้าระวังในกลุ่มที่มีความเสี่ยงไม่ให้กลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำ **การฆ่าตัวตายสำเร็จ** คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ **การประเมินค้นหาความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย** ด้วยเครื่องมือ 9Q (ข้อคำถามที่ 9) ในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง (เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอด เลือด) (2) หญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด (3) ผู้มีปัญหาสุรา/ยาเสพติด (4) ผู้สูงอายุ (5) ผู้ที่มาด้วยอาการซึมเศร้า ชัดเจน (6) ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ (7) ผู้ที่มีการสูญเสีย : คนรักหรือทรัพย์สินจำนวนมาก **การบันทึกรายงาน** มีการบันทึกข้อมูลผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต ในระบบ 43 แฟ้ม (Code รหัส X60-X84) ทุก Case และมีการส่งรายงานแบบเฝ้าระวัง รง 506 S ส่ง สนง.สสจ. ทุก case ดังนี้ 1.) กรณีเสียชีวิต 2.)แบบสอบสวนการฆ่าตัวตาย (Psychological Autopsy) ภายใน 10 วัน หลังเกิดเหตุหรือภายหลังให้บริการ

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน

วัตถุประสงค์	1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จำแนกตาม เพศ กลุ่มอายุ อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา วิธีการ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน 2. เป็นเครื่องชี้วัดที่บ่งบอกถึง ขนาด ระดับความรุนแรงของปัญหาการฆ่าตัวตายของประชาชนในแต่ละพื้นที่ และเป็นข้อมูลที่จะถูกนำมาใช้ในการกำหนดมาตรการและแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องไปกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ตำบลและอำเภอ 3.หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลมาใช้ ติดตาม และเฝ้าระวัง ความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และเตรียมความพร้อมต่อการรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายในทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดย งานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 กองยุทธศาสตร์และแผน กระทรวงสาธารณสุขรวบรวมข้อมูลสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายอำเภอ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ฐานข้อมูล (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, รายงานการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย รง. 506 S (กรณีเสียชีวิต) กรมสุขภาพจิต **แบบรายงานที่เกี่ยวข้อง** ดังนี้ 1.) แบบเฝ้าระวัง การพยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต : กรมสุขภาพจิต รง. 506.S 2.) แบบรายงานสอบสวนการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต (Psychological Autopsy) 3.) การบันทึกข้อมูลผู้ทำร้ายตนเอง (เสียชีวิต) ในหน่วยบริการ (43 แฟ้ม) และส่งเข้าระบบ HDC ทุกเดือน 4.) รวบรวมขอมูลการแจงตาย จากฐานขอมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย
แหล่งข้อมูล	1.ทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย 2.ข้อมูลสถิติ HDC หน่วยบริการสาธารณสุข/สนง.สสจ.อุบลราชธานี และเอกสาร รง.506S
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี มหาดไทย (ณ 31ธันวาคม 2563)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ X 100,000}}{\text{จำนวนประชากรกลางปี 2563}}$ = อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ = **(A/B) X 100,000**

ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลทุกเดือน
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์การดำเนินงานได้ตามขั้นตอน 1-5 ผ่านทุกขั้นตอน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
อัตราการฆ่าตัวตาย (จาก รง.506S)	อัตราตายต่อแสน ปชก.	7.20 (135 คน)	6.23 (117 คน)	6.05 (113 คน)

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

อำเภอมีการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1-5

ขั้นตอนที่ 1 สถานการณ์และการจัดทำแผน

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

1.2 จัดทำแผนปฏิบัติการ การป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่แต่ละอำเภอ ปีงบประมาณ 2565 (0.5 คะแนน)

ขั้นตอนที่ 2 มีการประเมินค้นหาความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ด้วย 9Q ในกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

2.1 ประเมิน น้อยกว่า 40% (0.3 คะแนน)

2.2 ประเมิน 40-79.99% (0.6 คะแนน)

2.3 ประเมิน ≥ 80% (1 คะแนน)

ขั้นตอนที่ 3 จำนวนผลการบันทึก ระหว่าง รายงานแบบเฝ้าระวัง รง 506 S เปรียบเทียบกับ 43 แฟ้ม

3.1 ร้อยละของข้อมูลใน 43 แฟ้ม มีจำนวนเท่ากับ รง 506 S 40 % (0.3 คะแนน)

3.2 ร้อยละของข้อมูลใน 43 แฟ้ม มีจำนวนเท่ากับ รง 506 S 40-79.99 % (0.6 คะแนน)

3.3 ร้อยละของข้อมูลใน 43 แฟ้ม มีจำนวนเท่ากับ รง 506 S 80 % (1 คะแนน)

ขั้นตอนที่ 4 มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ

4.1 ผ่านกลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับอำเภอ หรือ พชอ. (0.5 คะแนน)

4.2 ใช้กระบวนการ 3 หมอ ในการดำเนินงานสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตาย (0.5 คะแนน)

ขั้นตอนที่ 5 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.00 อัตราต่อประชากรแสนคน (1 คะแนน)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1 (ดำเนินการได้ทั้งข้อ 1.1 และ 1.2)
2 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1,2 (ดำเนินการได้ข้อที่ 2.3)
3 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1,2,3 (ดำเนินการได้ข้อ 3.3)
4 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1,2,3,4 (ดำเนินการได้ทั้งข้อ 4.1 และ 4.2)
5 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1,2,3,4,5 (ข้อ 5 ผ่านเกณฑ์)

เอกสารสนับสนุน	1.ข้อมูลจากฐานข้อมูลhttps://suicide.dmh.go.th/ 2.แบบ รง 506.S 3.ชุดข้อมูล 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุข 4.ระบบข้อมูลใน HDC 5.ข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301 โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com 2.นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานสุขภาพจิต กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 091-8280179 โทร 045-262692 ต่อ 301 E-mail : mentalhealthubon@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานสุขภาพจิต กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 091-8280179 โทร 045-262692 ต่อ 301 E-mail : mentalhealthubon@gmail.com

ตัวชี้วัด R 8	**ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 95)**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**การพยายามฆ่าตัวตาย** หมายถึง ผู้ที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่ถึงเสียชีวิต และมีลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงกับตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD –10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) **ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ** หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 63 - กันยายน 2565 ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่เสียชีวิต แต่ยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลาภายใน 1 ปี **ระยะเวลา 1 ปี** หมายถึง นับตั้งแต่ ณ เดือนที่มารับบริการ จนถึงเดือนนี้ของปีถัดไป **ตัวอย่าง** ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย รหัส X60 เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ภายหลังจากการได้รับการรักษาดูแลจนปลอดภัยกลับสู่ชุมชน จะยังคงได้รับการดูแลติดตาม / เฝ้าระวัง ไม่เกิดการลงมือทำร้ายตนเองซ้ำใหม่อีกครั้งไม่ว่าจะวิธีการใดๆ จนไปถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นระยะเวลา 1 ปี หากพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ ได้มีการทำร้ายตนเองในวันที่ 1 มกราคม 2565 จะถือว่าเป็นการทำซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี แต่หากว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ มีการทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ภายหลังวันที่ 1 ตุลาคม 2565 จะถือว่าเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายรายใหม่ ที่จะได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องและเฝ้าระวังจนถึง วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ต่อไป ไม่นับว่าเป็น การทำซ้ำในระยะเวลา 1 ปี **เข้าถึงบริการ** หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดของประเทศไทยและได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) ณ วันรับบริการ ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2565 เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชน จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุข และ รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 หน้า :: 165 หรือ นัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ภายใน 15 – 30 วัน **การบันทึกรายงาน** มีการบันทึกข้อมูลผู้พยายามทำร้ายตนเอง ในระบบ 43 แฟ้ม (Code รหัส X60-X84) และมีการลงบันทึกข้อมูลการติดตาม/เยี่ยมบ้าน กลุ่มผู้พยายามทำร้ายตนเอง (ไม่เสียชีวิต) ในระบบ 43 แฟ้ม ทุก Case (รหัส Z093) และมีการส่งรายงาน

	แบบเฝ้าระวัง รง 506 S ส่ง สนง.สสจ. ทุก case ใน 2 กรณี ดังนี้ 1.) กรณีไม่เสียชีวิต 2.) กรณีนัดติดตาม /เยี่ยมบ้านส่งภายใน 10 วัน หลังเกิดเหตุหรือภายหลังให้บริการ

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95

วัตถุประสงค์	1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง จำแนกตาม เพศ กลุ่มอายุ อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา วิธีการ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน 2. เป็นเครื่องชี้วัดที่บ่งบอกถึง ขนาด ระดับความรุนแรงของปัญหาการทำร้ายตนเองของประชาชนในแต่ละพื้นที่ และเป็นข้อมูลที่จะถูกนำมาใช้ในการกำหนดมาตรการและแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องไปกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ตำบลและอำเภอ 3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลมาใช้ ติดตาม และเฝ้าระวัง ความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัญหาการทำร้ายตนเองในพื้นที่ เพื่อป้องกันไม่ให้มีการทำร้ายตนเองซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2564 - กันยายน 2565 ด้วยวิธีการต่างๆ ตามลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต และยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปี โดยนับจากวันที่ลงมือทำร้ายตนเอง (ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายอำเภอ จังหวัด รายเขตสุขภาพ จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิตและรายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S (กรณีไม่เสียชีวิต และการติดตามเยี่ยม) กรมสุขภาพจิต **แบบรายงานที่เกี่ยวข้อง** ดังนี้ 1.) การบันทึกข้อมูลผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต/ไม่เสียชีวิต และบันทึกการติดตามการเยี่ยมที่มารับบริการในหน่วยบริการ (43 แฟ้ม)และส่งข้อมูลเข้า HDC ทุกเดือน 2.) แบบเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย (กรณีไม่เสียชีวิต) : กรมสุขภาพจิต รง. 506.S 3.) แบบรายงานการติดตามเยี่ยมผู้พยายามฆ่าตัวตาย: กรมสุขภาพจิต รง. 506.S
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลสถิติ HDC หน่วยบริการสาธารณสุข /สนง.สสจ.อุบลราชธานี และเอกสาร รง.506S

รายการข้อมูล 1	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (รายเก่าของปี 2564 + รายใหม่ ปี 2565)
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการ (รายเก่าของปี 2564 + รายใหม่ ปี 2565)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	= C / D X 100 จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำฯ / จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการที่ยังไม่เสียชีวิต X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินรายไตรมาส
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดแบบ Milestone 5 ขั้นตอน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ	94.25	94.12	92.65

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

อำเภอมีการดำเนินการป้องกันผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ โดยมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1-5 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. สถานการณ์และการจัดทำแผน

1.1 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ กลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่ ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี วิเคราะห์หาช่องว่างปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบ พร้อมนำเสนอกรอบแนวคิดหรือมาตรการในการแก้ไขปัญหาในเขตที่รับผิดชอบ **(0.5 คะแนน)**

1.2 มีการจัดทำแผนงาน กิจกรรม /ทะเบียนข้อมูล เพื่อติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง ป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำ **(0.5 คะแนน)**

ขั้นตอนที่ 2. มีระบบการติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการ และหรือในชุมชน เพื่อประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย จนกว่าจะไม่พบความเสี่ยง

2.1 มีการติดตามภายใน 15 วัน **(0.5 คะแนน)**

2.2 ติดตามจนไม่พบความเสี่ยง **(0.5 คะแนน)**

ขั้นตอนที่ 3. มีการส่งแบบบันทึกข้อมูล รง. 506S (กรณีไม่เสียชีวิต และการติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง)

3.1 ร้อยละของการส่ง รง 506 S มีจำนวนเท่ากับรายงานผลการให้บริการ 50 % (0.5 คะแนน)

3.2 ร้อยละของการส่ง รง 506 S มีจำนวนเท่ากับรายงานผลการให้บริการ 100 % (1 คะแนน)

ขั้นตอนที่ 4. จำนวนผลการบันทึกข้อมูลใน 43 แฟ้ม ระหว่าง รายงานแบบเฝ้าระวัง รง 506 S เปรียบเทียบกับ 43 แฟ้ม

4.1 ร้อยละของข้อมูลใน 43 แฟ้ม มีจำนวนเท่ากับ รง 506 S 40 % (0.3 คะแนน)

4.2 ร้อยละของข้อมูลใน 43 แฟ้ม มีจำนวนเท่ากับ รง 506 S 40-79.99 % (0.6 คะแนน)

4.3 ร้อยละของข้อมูลใน 43 แฟ้ม มีจำนวนเท่ากับ รง 506 S 80 % (1 คะแนน)

ขั้นตอนที่ 5. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี **≥ ร้อยละ 95**
(1 คะแนน)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1 (ดำเนินการได้ทั้งข้อ 1.1 และ 1.2)
2 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1,2 (ดำเนินการได้ทั้งข้อที่ 2.1 และ 2.2)
3 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1,2,3 (ดำเนินการได้ข้อ 3.2)
4 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1,2,3,4 (ดำเนินการได้ข้อ 4.3)
5 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1,2,3,4,5 (ข้อที่ 5 ผ่านเกณฑ์)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301 โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com 2.นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานสุขภาพจิต กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 091-8280179 โทร 045-262692 ต่อ 301 E-mail : mentalhealthubon@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานสุขภาพจิต กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 091-8280179 โทร 045-262692 ต่อ 301 E-mail : mentalhealthubon@gmail.com

ตัวชี้วัด R 9	**ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานกระตุ้นพัฒนาการล่าช้าด้วยเครื่องมือมาตรฐาน TEDA4I**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5 (>ร้อยละ 75)**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**1.เป้าหมายเด็กที่ต้องนำเข้าสู่ระบบกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I** **1.1.เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าจาก DSPM** หมายถึง เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองพบไม่ผ่านอย่างน้อย 1 ด้าน จากการตรวจคัดกรองพัฒนาการในครั้งที่ 2 (รหัส 1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242) เพื่อนำเข้าสู่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาล่าช้า (TEDA4I) ใน รพช./รพท.

	1.2.เด็กที่มีพัฒนาการที่ต้องส่งต่อทันที ได้แก่ เด็กที่มีพัฒนาล่าช้า และ / หรือเด็กกลุ่มป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย **2.เด็กพัฒนาการล่าช้า** หมายถึง เด็กที่ได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน TEDA4I จากพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาล่าช้า (TEDA4I) (รหัส 1B271, 1B272, 1B273, 1B274 และ 1B275) **3.การกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน** หมายถึง การที่เด็กได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการพร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมิน เพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ๆ เช่น คู่มือคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด -5 ปี โปรแกรม การฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย) เป็นต้น **4.มีพัฒนาการสมวัยหลังเข้ารับการกระตุ้น** หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย
เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 **1.เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ แล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าที่ต้องได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I)** (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75) **2.เด็กปฐมวัยที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I มีพัฒนาการสมวัยหลังเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการ** (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35)	
วัตถุประสงค์	1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต มีพัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วยเครื่องมือมาตรฐาน TEDA4I ของหน่วยบริการทุกระดับ 3. ส่งเสริมให้ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก มีความรู้ความสามารถ ในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าให้มีพัฒนาการสมวัย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง และ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขตแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุข รพท. / รพช. นำข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้าบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ (และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม)
แหล่งข้อมูล	รพท./ รพช. / HDC จังหวัดอุบลราชธานี

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า รพ.
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลจาก HDC ทุกเดือน
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ≥ ร้อยละ 75	ร้อยละ	56.94 (60%)	73.71 (65%)	74.48 (70%)

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

กำหนดเป็นระดับความสำเร็จ (Milestone ในการดำเนินงาน กระตุ้นพัฒนาการล่าช้าด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I) 5 ข้อ ดังนี้

1. พื้นที่มีการนำส่งเด็กพัฒนาการล่าช้า ใน 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วย TEDA4I ใน รพช./ รพท. ร้อยละ 100 (**1 คะแนน**)
2. พยาบาล PG เด็ก กระตุ้นพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้าต่อจาก DSPM (ใน รพ.สต.) รพ.สต.นัดเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้ากลับมากระตุ้นซ้ำ ไม่เกิน 14 วัน (รพ.สต.ลงรหัสพัฒนาการสงสัยล่าช้าแยกรายด้านส่งเข้าระบบรายงาน TEDA4I) ร้อยละ 80 (**1 คะแนน**)
3. รพ.สต.บันทึกรหัสการคัดกรองพัฒนาการเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า (DSPM) ด้วยรหัสแยกรายด้าน เพื่อส่งต่อเข้าระบบ TEDA4I ร้อยละ 10 (**1 คะแนน**)
4. เด็กในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ครบตามเกณฑ์ไม่น้อยกว่า 90 วัน ร้อยละ 100 (**1 คะแนน**)
5. เด็กพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I แล้วมีพัฒนาการสมวัย ≥ ร้อยละ 35 (**1 คะแนน**)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ 1 ข้อ จาก 5 ข้อ
2 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ 2 ข้อ จาก 5 ข้อ
3 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ จาก 5 ข้อ
4 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ 4 ข้อ จาก 5 ข้อ
5 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 ข้อ จาก 5 ข้อ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301 โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com 2.นางเนาวรัตน์ สืบภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241918 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 082-1653914 กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางเนาวรัตน์ สืบภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241918 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 082-1653914 กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 10	**ระดับความสำเร็จในการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5 (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50)**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**การคัดกรองเด็กนักเรียน 4 กลุ่มโรค** หมายถึง การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กนักเรียนรายบุคคล โดยคุณครูประจำชั้น ด้วยเครื่องมือ 1.) แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับ 1.1) เด็กสมาธิสั้น 1.2.) ออทิสซึม 1.3.) แอลดี 1.4.) เด็กเรียนรู้ช้า 2.) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็ก และ 3.) แบบประเมินจุดอ่อนและจุดแข็ง (SDQ) **เด็กอายุ 6-15 ปี** หมายถึง เด็กอายุ 6 ปี 1 วัน ถึงอายุ 15 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่เรียนในสถานศึกษาทุกสังกัด ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ **ระยะเวลาดำเนินงานคัดกรองโดยครู** พฤศจิกายน 2564 - มีนาคม 2565 **โรคสมาธิสั้น** (ADHD-Attention Deficit Hyperactivity Disorder) หมายถึง ภาวะผิดปกติทางจิตเวชที่ส่งผลให้มีสมาธิสั้นกว่าปกติ ขาดการควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้ มีลักษณะอาการซุกซน วอกแวกง่าย ไม่เคยอยู่นิ่ง เวลาที่พูดด้วยจะไม่ตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดไม่ค่อยได้ ขาดความรับผิดชอบ พบได้ค่อนข้างบ่อยในเด็กที่มีช่วงอายุระหว่าง 3-7 ปี แต่ในรายที่เป็นไม่มากอาการจะแสดงออกชัดเจนกว่าในช่วงหลัง 7 ขวบขึ้นไป โดยสาเหตุแท้จริงนั้นไม่สามารถทราบได้ชัดเจน แต่หนึ่งในนั้นคือการที่สมองส่วนหน้าซึ่งเป็นส่วนที่ทำหน้าที่ในการควบคุมสมาธิและการยับยั้งชั่งใจทำงานน้อยกว่าปกติ

	การประเมินเด็กเสี่ยงสมาธิสั้น หมายถึง การประเมินเด็กกลุ่มอายุ 6-15 ปี โดยใช้แบบประเมินตามแบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และการเรียนรู้ช้า โดยคุณครูประจำชั้นเป็นผู้ประเมินเด็ก และอยู่ใกล้ชิดเด็กเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 เดือน ซึ่งให้ครูประเมินเด็กจากการสังเกตลักษณะพฤติกรรมหรือปัญหาการเรียนที่เด็กแสดงออกบ่อย ๆ ทั้งนี้ ในเด็ก 1 คน อาจประเมินพบหลายภาวะที่สามารถเกิดร่วมกันได้ **การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก** หมายถึง เด็กอายุ 6-15 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองโดยครู และประเมินซ้ำโดยพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD 10 หมวด F90.0-F90.9 ที่เข้ารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 จนถึงในปีงบประมาณ 2565
เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 **1.ร้อยละผลงานตรวจคัดกรองเด็กนักเรียน 4 กลุ่มโรค** ≥ ร้อยละ 80 **2.การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี** มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์อย่างทันท่วงที เพราะการรักษาโรคนี้ต้องใช้เวลาและอาศัยความร่วมมือทั้งจากตัวเด็ก พ่อแม่ผู้ปกครอง และคุณครูผู้สอน ซึ่งต้องใช้หลายศาสตร์ร่วมกันเพื่อผลการรักษาที่ดี 2.เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน สู่นำการกำหนดมาตรการและแนวทางในการดูแลช่วยเหลือเด็กวัยเรียนต่อไป
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-15 ปี ที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จนท.สาธารณสุข ประสานและชี้แจงครูประจำชั้นทุกห้องเรียนในโรงเรียนเขตรับผิดชอบ บันทึกข้อมูลการการคัดกรองเด็กนักเรียนในโปรแกรม “ระบบงานเฝ้าระวังโรคจิตเวชในเด็ก” ในเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี URL : **http://www.phoubon.in.th/** 2.รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงาน และแบบรายงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) แบบการประเมินตามแบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และระบบเฝ้าระวังโรคจิตเวชในเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2) แบบรายงานผลการประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยง ในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 3) การบันทึกข้อมูลการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ในหน่วยบริการ (43 แฟ้ม) และส่งข้อมูลเข้า HDC จังหวัดอุบลราชธานี ทุกเดือน
แหล่งข้อมูล	1. สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง 2. ระบบเฝ้าระวังโรคจิตเวชในเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี คาดประมาณการจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ (สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนดเป้าหมายรายอำเภอให้)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และ 4

วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ Milestone 5 ขั้นตอน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละของเด็กอายุ 6-15 ปี ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิต (≥ 80 %)	ร้อยละ	3.23	69.00	40.70
การเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้น ≥ ร้อยละ 50	ร้อยละ	13.22 (≥ 18 %)	23.65 (≥ 25 %)	33.02 (≥ 30 %)

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ประเมินผลความสำเร็จในการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี เป็น 5 ข้อ ดังนี้

1. มีทะเบียนรายชื่อเด็กที่ได้รับการคัดกรอง เด็กกลุ่มเสี่ยง และเด็กป่วยโรคสมาธิสั้น **(1 คะแนน)**
2. มี**ระบบการส่งต่อข้อมูล**เด็กกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น **ระหว่างโรงเรียน รพ.สต. และ โรงพยาบาล (3ร) (1 คะแนน)**
3. มีการประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยงซ้ำ โดยครูและผู้ปกครอง (ใช้ SNAP-4) และมีการแปลผลโดย จนท.สาธารณสุข
   - < ร้อยละ 60 (0.5 คะแนน)
   - ร้อยละ 60-80 (0.5 คะแนน)
   - **> ร้อยละ 80 (1 คะแนน)**
4. เด็กอายุ 6-15 ปี ที่มีความเสี่ยงได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น (มากกว่าร้อยละ 50)
   - < ร้อยละ 30 (0.5 คะแนน)
   - ร้อยละ 30-50 (0.5 คะแนน)
   - **> ร้อยละ 50 (1 คะแนน)**
5. เด็กที่ป่วยด้วยโรคสมาธิสั้น ได้รับการติดตามและดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 90 (1 คะแนน)
   - < ร้อยละ 70 (0.5 คะแนน)
   - ร้อยละ 70-90 (0.5 คะแนน)
   - **> ร้อยละ 90 (1 คะแนน)**

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ทำได้ 1 ข้อจาก 5 ข้อ
2 คะแนน	ทำได้ 2 ข้อจาก 5 ข้อ
3 คะแนน	ทำได้ 3 ข้อจาก 5 ข้อ
4 คะแนน	ทำได้ 4 ข้อจาก 5 ข้อ
5 คะแนน	ทำได้ทั้ง 5 ข้อจาก 5 ข้อ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301 โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241918 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 086-4649824 กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิต และยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 11	**ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ** หมายถึง อำเภอมีการดำเนินงานเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ **1) มีการเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโดย** 1.1 มีโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) 1.2 มีการดำเนินงานตามกระบวนการ ระบบบัญชาการเหตุการณ์ และประเมินตนเองตามแบบประเมิน EOC assessment tool2019 **2) สาธารณภัย** หมายถึง สถานการณ์ สภาวการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายรวมถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล **2.1) ความเสี่ยงสาธารณภัย** หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้นและนำมาซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ในบริบทของสาธารณภัยจึงหมายความถึง “โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการได้รับผลกระทบทางลบจากการเกิดสาธารณภัยโดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สิน และบริการต่าง ๆ ในระดับบุคคล ชุมชน สังคม หรือประเทศ **2.2) การประเมินความเสี่ยงสาธารณภัย** หมายถึง เป็นกระบวนการที่ช่วยตรวจสอบระดับของความเสี่ยงที่ชุมชนหรือสังคมมีต่อสาธารณภัยโดยการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในด้านที่เกี่ยวกับภัย ความล่อแหลม และความเปราะบาง ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ทรัพย์สิน การบริการ การดำรงชีพ และสิ่งแวดล้อม

	3) อำเภอมีความพร้อมในการเผชิญเหตุเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข **3.1 แผนประคองกิจการ (Business Continuity Planning :BCP)** หมายถึง แผนเตรียมความพร้อมองค์กรให้สามารถรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในการป้องกัน ตรวจค้น และตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤติที่ เพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามภารกิจขององค์กร **3.2 แผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP)** หมายถึง แผนเผชิญเหตุที่ถูกจัดทำในขณะเกิดเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับแต่ละห้วงเวลาปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เป้าหมายการปฏิบัติการ ห้วงระยะเวลาปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ และกลวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ **4) การฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข** หมายถึง ดำเนินการฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับจังหวัดอย่างน้อย 1 ครั้ง พร้อมทั้งมีการทบทวนสรุปบทเรียนที่ได้จากการซ้อมแผนดังกล่าว

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 100 (25 อำเภอ)	ร้อยละ 100 (25 อำเภอ)	ร้อยละ 100 (25 อำเภอ)	ร้อยละ 100 (25 อำเภอ)	ร้อยละ 100 (25 อำเภอ)	ร้อยละ 100 (25 อำเภอ)

วัตถุประสงค์	เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลประจำอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานและรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานจาก 25 อำเภอ
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอ ที่ดำเนินการครบ 3 ขั้นตอน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด 25 อำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)x100
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการตรวจราชการ
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ Milestone

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ	ระดับ	ระดับ 4 12 อำเภอ	ระดับ 4 21 อำเภอ	-

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

เกณฑ์การประเมินประกอบด้วย (ข้อละ 1 คะแนน)

1.1 มีคำสั่งและโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัยพิบัติ

1.2 อำเภอมีประเมินตนเองตามแบบ EOC assessment tool 2019

2. มีการประเมินความเสี่ยงสาธารณภัยของพื้นที่ (Risk Assessment)

3. จัดทำแผนประคองกิจการและแผนเผชิญเหตุ เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่

4. การฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับอำเภอ

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ทำได้ข้อ 1.1
2 คะแนน	ทำได้ข้อ 1.1 1.2
3 คะแนน	ทำได้ข้อ 1.1 1.2 ข้อ 2
4 คะแนน	ทำได้ข้อ 1.1 1.2 ข้อ 2 ข้อ 3
5 คะแนน	ทำได้ข้อ 1.1 1.2 ข้อ 2 ข้อ 3 ข้อ 4

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
1	การเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 1.1 มีโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัยพิบัติ 1.2 มีการประเมินตนเองตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (EOC assessment tool 2019)	1. คำสั่งและผังโครงสร้างกล่องภารกิจต่างๆ 2. รายงานผลการประเมินตนเองตามแบบประเมิน EOC Assessment Tools
2	การประเมินความเสี่ยงสาธารณภัยของพื้นที่ (Risk Assessment)	รายงานผลการประเมินความเสี่ยง สาธารณภัยของพื้นที่
3	3.1 จัดทำแผนประคองกิจการ เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ 3.2 จัดทำแผนเผชิญเหตุ เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ ****หมายเหตุ**** จัดทำ/ปรับปรุงแผนประคองกิจการ (BCP) และแผนเผชิญเหตุ (IAP) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือสาธารณภัยอื่นๆ	1. แผนประคองกิจการ 2. แผนเผชิญเหตุ

4	การฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับอำเภอ	สรุปรายงานการฝึกซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน	1) หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง) 2) คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค 3) พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง 4) เว็บไซต์ https://ddc.moph.go.th/ddce/news.php?news=7033&deptcode=ddcen 5) คู่มือศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน 6) แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2558
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301 โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นายเอกชัย จรูญเนตร ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 086-4619299 โทรสาร : 045-241918 E-mail : mr.akk1669@gmail.com กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 12	**ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลทุกระดับ (ทั้งที่ ER และ Admit)**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ)** หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (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 **“ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)”** ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน **การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ** **“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน”** หมายถึง ผู้มารับบริการห้อง อุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) **<u>โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</u>** **“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง”** หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12

วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจรเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ 2. ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 3. ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือการจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัย และประทับใจ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) 2. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT 3. ระบบข้อมูลจาก www.emsdubon@gmail.com / ระบบข้อมูล ITEMS
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิต ภายใน 24 ชั่วโมง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) ×100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด
เอกสารสนับสนุน	1. http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/ 2.คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ที่ ER และ Admit	ร้อยละ	6.26	6.63	8.60

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ประเด็นเกณฑ์การประเมิน

1.มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 เพื่อทำหน้าที่ ในการพัฒนาคุณภาพการบริการฉุกเฉิน

2. มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F

3. มีการเก็บข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในทุกโรงพยาบาลและนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนา

4. มีการรายงานผลการดำเนินงานตามแนวทางที่ สสจ.กำหนด

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	1.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 หรือคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F (0.5 คะแนน) 2.มีแผนงาน/โครงการ ในการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (0.5 คะแนน)

2 คะแนน	มีการรายงานข้อมูล จำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ตามกำหนด (มีการลงข้อมูลใน WWW.EMSDUBON.COM ทุกเดือน และรายงานข้อมูลไม่เกินวันที่ 5 ของเดือนถัดไป) -ไม่มีการบันทึก (0.5 คะแนน) -รายงานตรงตามเวลา (0.5 คะแนน) **-รายงานครบถ้วนและตรงตามเวลา (1 คะแนน)**
3 คะแนน	มีการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ /Dead Case Conference /เหตุการณ์ที่พบความเสี่ยงต่างๆพร้อมทั้งนำมาปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน - ไม่มีการทบทวน (0 คะแนน) - มีการทบทวนอย่างน้อย 2 เหตุการณ์ขึ้นไป (0.5 คะแนน) - **มีการทบทวนอย่างน้อย 2 เหตุการณ์ขึ้นไป และมีหลักฐานการปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (1 คะแนน)**
4 คะแนน	มีการจัดกิจกรรม หรือโครงการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง - ไม่มีการจัดกิจกรรม (0 คะแนน) - มีการจัดกิจกรรมแต่ไม่มีหลักฐาน (0.5 คะแนน) - **มีการจัดกิจกรรมและมีหลักฐานที่ชัดเจน (1 คะแนน)**
5 คะแนน	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล (ทั้งที่ ER และ Admit) มากกว่า 12.00 % = 0 คะแนน **น้อยกว่า 12.00 % = 1 คะแนน**
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301 โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายเอกชัย จรูญเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 262692 โทรศัพท์มือถือ : 086 – 461 9299 โทรสาร : 045 - 241918 E-mail : MR.AKK1669@gmail.com 2. นางฐาณิญา นาจาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร. 087-3770333 E-mail : thaniyaa.emsubon@gmail.com

ตัวชี้วัด R 13	**ระดับความสำเร็จของการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5 (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5)**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**ประชากร หมายถึง** ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในจังหวัดอุบลราชธานี **การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง** การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาล โดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ **ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่** บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน **ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน หมายถึง** ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ (FR,BLS,ILS,ALS) ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5

วัตถุประสงค์	1.เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2.เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) 2. จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A , S และM1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3. จากการบันทึกข้อมูลในเว็ปไซด์ EMSDUBON.COM
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS), ข้อมูลในเว็ปไซด์ EMSDUBON.COM

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการนิเทศงาน
วิธีการประเมินผล :	พิจารณาจากสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
จำนวนครั้งผู้ป่วยสีแดง EMS	ครั้ง	11,575	14,087	กำลังรวบรวม
จำนวนครั้งผู้ป่วยสีแดง ER visit	ครั้ง	64,802	84,937	กำลังรวบรวม
คิดเป็นร้อยละ	ร้อยละ	17.86	16.59	กำลังรวบรวม

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

พิจารณาจากสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด

เกณฑ์การประเมินมีดังนี้

1.ส่งเสริม กระตุ้น ให้ อปท.จัดให้มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.1 มีคำสั่งการดำเนินงานให้มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับอำเภอ (0.5 คะแนน)

1.2 มีแผนงาน/โครงการของ อปท.ในการสนับสนุนให้มีบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (0.5 คะแนน)

2.ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับ อปท.

2.1 **ครบทุก อปท. (1 คะแนน)**

2.2 มีแต่ไม่ครบ (0.5 คะแนน)

2.3 ไม่มีเลย (0 คะแนน)

3. ป้ายประชาสัมพันธ์การสื่อสารการเข้าถึงบริการ 1669 ให้ประชาชนรับทราบ

3.1 บริเวณหน้า รพ.สต. หรือ อปท. (0.5 คะแนน)

3.2 บริเวณแหล่งชุมชนของอำเภอ (0.5 คะแนน)

4. รายงานข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามกำหนด (มีการลงข้อมูลในเว็ปไซด์ EMSDUBON.COM ทุกเดือน และรายงานข้อมูลไม่เกินวันที่ 5 ของเดือนถัดไป)

4.1 **รายงานครบถ้วนและทันเวลา (1 คะแนน)**

4.2 รายงานตรงตามเวลา (0.5 คะแนน)

5. ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

5.1 ต่ำกว่า 16.00 % = 0 คะแนน

5.2 ระหว่าง 16.01 – 20.00 % = 0.5 คะแนน

5.3 **≥ 20.01 % = 1 คะแนน**

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ทำได้คะแนนเต็ม 1 ข้อ
2 คะแนน	ทำได้คะแนนเต็ม 2 ข้อ
3 คะแนน	ทำได้คะแนนเต็ม 3 ข้อ
4 คะแนน	ทำได้คะแนนเต็ม 4 ข้อ
5 คะแนน	ทำได้คะแนนเต็มทั้ง 5 ข้อ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301 โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นายเอกชัย จรูญเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 262692 โทรศัพท์มือถือ : 086 – 461 9299 โทรสาร : 045 - 241918 E-mail : MR.AKK1669@gmail.com 2.นายรณชัย ขอสืบ เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 088-2709437 โทรสาร : 045-241918 E-mail : ton.ronachai@gmail.com

ตัวชี้วัด R 14	**ระดับความสำเร็จของการพัฒนา ER คุณภาพของโรงพยาบาล**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 100)**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**ห้องฉุกเฉินคุณภาพ** หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน อย่างทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ โดยเน้นใน 3 มิติ คือ **1. พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน** 1.1. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 1.1.1.จัดบริการห้องฉุกเฉินตามเกณฑ์ ER Service Delivery 1.1.2.กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2-4 ชั่วโมง (ER Target Time 2-4 ชั่วโมง) 1.2. เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน 1.2.1. จัดบริการ OPD นอกเวลาราชการ

	2. พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน 2.1. พัฒนาอาคารสถานที่ 2.1.1. จัดให้มี Double door with access control 2.1.2. จัดให้มีห้องรอตรวจ (Waiting area/room) 2.1.3. จัดให้มีห้องแยกโรค (Isolation room) 2.2. พัฒนาระบบสารสนเทศ 2.2.1. มีสารสนเทศที่แสดงคิวและสถานะรวมถึงขั้นตอนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient Tracking) 2.2.2. เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการพัฒนาระบบ Telemedicine และ Ambulance Operation Center (AOC) 2.2.3. ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟ้ม “ACCIDENT” ในระบบข้อมูล 43 แฟ้ม **3. การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน** 3.1. กำลังคนด้านการรักษาพยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักวางแผนปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic)

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	1. เพิ่มการเข้าถึงการบริการ ER คุณภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2. ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 3. พัฒนาห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน 4. บุคลากรมีความปลอดภัย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไปและชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 25 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน/แบบประเมิน
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F)
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินตามรอบการนิเทศงาน ไตรมาส 2 และ 4 ,ตามรอบการนิเทศงาน
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

เกณฑ์การประเมินประกอบด้วย

1. มีพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP)
   - มีพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) ที่ห้องER (1 คะแนน)
   - มีพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) แต่ไม่ได้ทำงานที่ห้องER หรือ ไม่มีเลย (0 คะแนน)
2. แผนบริหารจัดการความรุนแรงและความปลอดภัย
   - มีระบบ หรือขั้นตอนการดำเนินงาน,ประสานงานอย่างชัดเจน (0.3 คะแนน)
   - มีการซ้อมแผนรับเหตุรุนแรงใน รพ.ในปี งปม. อย่างน้อย 1 ครั้ง (0.3 คะแนน)
   - จัดให้มี Double door with access control (0.4 คะแนน)
3. มีการบันทึกข้อมูล ECS คุณภาพ 7 หมวดในเว็ปไซต์ www.emsdubon.com ทุกเดือน
   - มีการบันทึกครบถ้วน ตามห้วงเวลา (1 คะแนน)
   - มีการบันทึกไม่ครบถ้วน (0.5 คะแนน)
   - ไม่มีการบันทึก (0 คะแนน)
4. การบันทึกข้อมูลในระบบ 43 แฟ้ม จากแฟ้ม ACCIDENT มีข้อมูลมากกว่า ข้อมูลในระบบ ITEMS (1 คะแนน)
5. มีการประเมิน ER คุณภาพ ตามแบบฟอร์มการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ภายในเดือน มีนาคม และ สิงหาคม (1 คะแนน)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ทำได้คะแนนเต็ม 1 ข้อ
2 คะแนน	ทำได้คะแนนเต็ม 2 ข้อ
3 คะแนน	ทำได้คะแนนเต็ม 3 ข้อ
4 คะแนน	ทำได้คะแนนเต็ม 4 ข้อ
5 คะแนน	ทำได้คะแนนเต็มทั้ง 5 ข้อ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301 โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com 2.นายเอกชัย จรูญเนตร ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 086-4619299 โทรสาร : 045-241918 E-mail : mr.akk1669@gmail.com กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายเอกชัย จรูญเนตร ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 086-4619299 โทรสาร : 045-241918 E-mail : mr.akk1669@gmail.com กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 15	**ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5 (อัตราตาย ≤ 3 ต่อแสน ปชก.) (ไม่เกิน 10 คน)**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี** หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี **การจมน้ำ** หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้นที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ **ผู้ก่อการดี (MERIT MAKER)** คือ กลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำที่ครอบคลุมทั้ง การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม เกิดจากการรวมตัวกันเป็นทีมขึ้นของเครือข่ายภาครัฐ (สาธารณสุข ท้องถิ่น การศึกษา ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พัฒนาสังคมฯ ฯลฯ) ภาคเอกชนจิตอาสา หรือประชาชนทั่วไปเพื่อร่วมกันดำเนินการป้องกันการจมน้ำใน 10 ในองค์ประกอบของผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับทอง ระดับเงิน และระดับทองแดง โดยระดับทองแดงดำเนินงาน 8 องค์ประกอบ ส่วนระดับทองและระดับเงินจะต้องดำเนินงานทั้ง 10 องค์ประกอบ **สร้างทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER)** ระดับทองและระดับเงิน โดยร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน จิตอาสา หรือประชาชนทั่วไป เพื่อผลักดันให้เกิดทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ในระดับหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565

เป้าหมายลดโรค (ระดับประเทศ) ประจำปี 2565

อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปีน้อยกว่า 3 ต่อประชากรเด็กแสนคน

เป้าหมายระดับจังหวัดอุบลราชธานีประจำปี 2565 :พื้นที่สีแดงลดลงร้อยละ 50 ต่อปี

พื้นที่เสี่ยงมาก(พื้นที่สีแดง) อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนมากกว่าหรือเท่ากับ 7.5 หรือจำนวนคนเสียชีวิตตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป การคิดค่าเป้าหมายการลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำเสียชีวิตโดยใช้ค่าเฉลี่ย 3 ปี (ปี พ.ศ. 2560 - 2562)

การเสียชีวิต	ทีมผู้ก่อการดี
≤ 3 (ไม่เกิน 10คน)	ระดับทอง หรือเงิน จำนวน 13 ทีม

วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กในจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในจังหวัดอุบลราชธานี (จำนวน 339,242 คน)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. เอกสารสถิติการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 2. แบบรายงานการสอบสวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำ/ตกน้ำ 3. แผนการดำเนินงานการป้องกันการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 4. เอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานตามช่วงเวลาที่กำหนด เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานการป้องกันการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ระดับอำเภอจากโรงพยาบาลทุกแห่ง
แหล่งข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการตายจากรายงานการสอบสวนจากการจมน้ำ/ตกน้ำ ระดับอำเภอ 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล 1	A =จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่เสียชีวิตจากการจมน้ำของจังหวัดในปี 2564
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กประชากรกลางปี ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100,000}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	คน	21	12	11
อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	อัตราต่อประชากรแสนคน	5.83	3.33	3.24
ทีมผู้ก่อการดี ระดับเงิน หรือระดับทอง	ร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมด	1	1	1
ทีมผู้ก่อการดี ระดับทองแดง	ทุกตำบล	22	19	15

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

<u>แนวทางการดำเนินงาน</u>

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

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	1. การพัฒนาทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) 1.1 ได้รับการประเมินทีมผู้ก่อการดี ระดับเงิน จาก สนง.สสจ.อบ. (0.5 คะแนน) **1.2 ได้รับการประเมินทีมผู้ก่อการดี ระดับทอง จาก สนง.สสจ.อบ. (1 คะแนน)**
0.5 คะแนน	2. ร้อยละการสอบสวนการจมน้ำ และลงรายงานในระบบ Drowning Report (ทั้งเสียชีวิตและไม่เสียชีวิต ในทุกกลุ่มอายุ) 2.1 มีรายงานสอบสวนแต่ไม่ครบ 100 % (0 คะแนน) **2.2 มีการสอบสวนและลงรายงาน ครบ 100 % (0.5 คะแนน)**
0.5 คะแนน	3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-2 ปี มีการใช้คอกกั้นเด็ก/ มีพื้นที่เล่นที่ปลอดภัย (Playpen) 3.1 มีการจัดการแต่ไม่ครบ 100 % (0 คะแนน) 3.2 **มีการจัดการครบ 100 % (0.5 คะแนน)**
1 คะแนน	4. บุคลากรในสถานบริการทุกแห่ง ผ่านการเรียนหลักสูตรผู้จัดการแผนงานป้องกันการจมน้ำในระบบ e-learning และได้รับใบ Certificate อย่างน้อย แห่งละ 1 คน (รพ./สสอ./รพ.สต) 4.1 น้อยกว่า 50 % (0 คะแนน) 4.2 50- 99.99 % (0.5 คะแนน) 4.3 **ครบ 100% (1 คะแนน)**
0.5 คะแนน	5. จำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษา /โรงเรียนขยายโอกาสมีการจัดการเรียนการสอนเรื่องการปฐมพยาบาลและ ช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR & AED) 5.1 มีการจัดอบรมแต่ไม่ครบทุกโรงเรียน (0 คะแนน) 5.2 **มีการจัดอบรมครบ 100 % (0. 5 คะแนน)**
0.5 คะแนน	6. นักเรียนอายุ 12 ปีขึ้นไป ผ่านการอบรมเรื่องการปฐมพยาบาลและช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR & AED) ในสถานศึกษา 6.1 ผ่านการอบรมน้อยกว่า 25 % (0 คะแนน) 6.2 ผ่านการอบรม 26 – 49 % (0.25 คะแนน) 6.3 **ผ่านการอบรม 50% ขึ้นไป (0.5 คะแนน)**
1 คะแนน	7. จำนวนโรงเรียนที่มีการเรียนการสอนว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด (Survival Swimming) 7.1 ไม่มีการเรียนการสอน (0 คะแนน) 7.2 **มีการเรียนการสอน 1 โรงเรียนขึ้นไป (1 คะแนน)**

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301 โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นายเอกชัย จรูญเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 262692 โทรศัพท์มือถือ : 086 – 461 9299 โทรสาร : 045 - 241918 E-mail : MR.AKK1669@gmail.com

	2.นางฐาณิญา นาจาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด โทร. 087-3770333 E-mail : thaniyaa.emsubon@gmail.com

ตัวชี้วัด R 16	**ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ** คือ ทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting และบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน ส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ **ขั้นตอนการดำเนินการของโรงพยาบาล ตองดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการมีดังนี้** 1. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณอักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/หรือ มีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่องหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) และบันทึกในระบบ E-claim รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า 2. มีบุคลากรในทีมการดูแลประคับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ดังนี้ 2.1. โรงพยาบาลระดับ A, S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 1 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน 2.2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน

	2.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน 2.4. โรงพยาบาลทุกระดับ มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว 3. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรค ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ดังนี้ 3.1 กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 3.2 กลุมโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และ (Dementia) ICD-10 รหัส F03 3.3 โรคไตในกลุมที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5 3.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 3.5 ภาวะหัวใจล่มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50 3.6 ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7) 3.7 ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1 3.8 ผู้สูงอายุ (อายุ > 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุ่มโรคตามข้อ 2.1-2.7 และภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคอง 3.9 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ป) ประคับประคองระยะท้าย 4. มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก อย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย 5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน และบันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 50) * เมื่อดำเนินการตามข้อ 4-5 หน่วยบริการประจำมีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยการบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

	6. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟีน และร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 (ติดตามผลการดำเนินการ จาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย)

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 55	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว และได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามแผน มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล ทุกระดับ ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวชี้วัด คือ กำกับ ดูแลการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลแฟ้มการวินิจฉัยโรค แฟ้มยา และแฟ้มการติดตามเยี่ยมบ้าน ใน 43 แฟ้ม ให้ครบถ้วน
แหล่งข้อมูล	Health data center https://hdcservice.moph.go.th รายงานมาตรฐาน ข้อมูลตอบสนอง service plan สาขา Intermediate และ palliative care ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (workload)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 รหัส Z71.8 เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ ICD-10 C00-C96, D37-D48, I60-I69, F03, N18.5, J44, I50, K72, K70.4, K71.7, B20-B24(ยกเว้น B23.0, B23.1), R54 และผู้ป่วยอายุ 0-14 ปี (ที่วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4
วิธีการประเมินผล :	**เกณฑ์การประเมิน :** ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ≥ ร้อยละ 50

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ	N/A	18.67	57.22

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

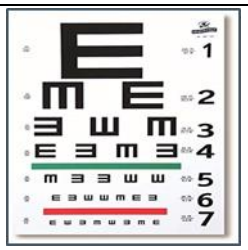
ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	< ร้อยละ20
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 20 - 29
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 30 - 39
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 40 - 49
5 คะแนน	≥ ร้อยละ 50

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301 โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นางจุฑาพร สายสรรพมงคล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244801, 045-242225 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 081-7904411 2. นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244801, 045-242225 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 081-7902731 Email : srisukon156@gmail.com Line : เครือข่ายการแพทย์64

ตัวชี้วัด R 17	**ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract)**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**ต้อกระจกชนิดบอด** (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/400 **การผ่าตัดภายใน 30 วัน** การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอด จากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) **การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract)** หมายถึง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน อย่างมีคุณภาพ ภายใต้ 7 กระบวนการ ได้แก่ 1. รพ.สต. ตรวจสอบฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ที่ยังมีชีวิตในพื้นที่รับผิดชอบ และนำเข้าข้อมูลผู้สูงอายุทั้งหมด ในโปรแกรม Vision2020 Thailand ของปีงบประมาณ 2565 2. ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคน ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้น โดย อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้เกณฑ์การประเมินคัดกรองภาวะทางตา ตามคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อค้นหาปัญหามองเห็น โดยแผ่นทดสอบสายตาสเนลเลน มี 2 แบบ คือ แบบตัวเลข และแบบตัวอักษรอี (E-Chart) หรือสัญลักษณ์ 3 นิ้ว สำหรับผู้ไม่รู้หนังสือ เกณฑ์ประเมิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85





3. ผู้สูงอายุที่ตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้น อ่านตัวเลข แผ่นตัวอักษรอี หรือนับนิ้วในระยะ 3 เมตร ได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 5 ครั้ง ทุกคน ต้องได้รับการส่งต่อไปที่ รพ.สต. พบเจ้าหน้าที่ เพื่อวัด VA ด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen Chart)+Pinhole
4. ผู้สูงอายุที่ได้รับการวัด VA ด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen Chart)+Pinhole โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และพบ VA แย่กว่า 20/400 ทุกคนต้องได้รับการส่งต่อพบเจ้าหน้าที่ ทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) ที่โรงพยาบาลชุมชน
5. ผู้สูงอายุที่ตรวจพบ VA แย่กว่า 20/400 ทุกคน ได้รับการส่งต่อพบทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) ไปโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยผ่าตัดต้อกระจก ของจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี, โรงพยาบาล๕๐พรรษามหาวชิราลงกรณ, โรงพยาบาลวารินชำราบ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และโรงพยาบาลตระการพืชผล เพื่อวินิจฉัยและตรวจ/รักษา ตามข้อบ่งชี้
6. ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ทุกคนต้องได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาล เพื่อขึ้นทะเบียนนัด(รอ)ผ่าตัด ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับการวินิจฉัยโดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) ว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี, โรงพยาบาล๕๐พรรษามหาวชิราลงกรณ, โรงพยาบาลวารินชำราบ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และโรงพยาบาลตระการพืชผล

ผู้สูงอายุทุกรายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองสายตาเบื้องต้น โดยทีมสหวิชาชีพ ให้บันทึกผลการคัดกรอง ลงในโปรแกรม Vision2020 Thailand ตามขั้นตอนจนกระทั่ง ส่งเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด ผู้ที่จะบันทึกประวัติการผ่าตัด คือ ทีมจักษุแพทย์ ที่ทำการผ่าตัด (ข้อมูลจากโปรแกรม Vision2020 Thailand)

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5

วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัด และการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกจากโปรแกรม Vision2020 Thailand โดยบันทึกข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision2020 Thailand
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการนิเทศ ไตรมาส 2 และไตรมาส 4
วิธีการประเมินผล :	ตามเกณฑ์การประเมินผล และตรวจสอบโปรแกรม Vision2020 Thailand

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ	82.72	80.50	84.57

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

เกณฑ์การประเมิน

1. การนำเข้าข้อมูลในโปรแกรม Vision 2020Thailand ภายในเดือน ธันวาคม 2564

1.1 นำเข้าข้อมูล น้อยกว่าร้อยละ 70 ของเป้าหมาย (0.5 คะแนน)

1.2 นำเข้าข้อมูล มากกว่าร้อยละ 70 ของเป้าหมาย (1 คะแนน)

2. การตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้น “มีการคัดกรองสายตาเบื้องต้น โดย อสม.หรือ จนท.สาธารณสุข”

2.1 ดำเนินการคัดกรองสายตา น้อยกว่า ร้อยละ 85 (0.5 คะแนน)

2.2 ดำเนินการคัดกรองสายตา ได้มากกว่าร้อยละ 85 (1 คะแนน)

3.ผู้สูงอายุที่วัด VA น้อยกว่า 20/400 ได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์ หรือ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา เพื่อการวินิจฉัย

3.1 มีการส่งต่อ <30 % (0.3 คะแนน)

3.2 มีการส่งต่อ 30- 60 % (0.6 คะแนน)

3.3 มีการส่งต่อมากกว่า 60 % (1 คะแนน)

4 ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นต้องกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อนัดผ่าตัด ภายใน 30 วัน

4.1 ขึ้นทะเบียน < 30% (0.3 คะแนน)

4.2 ขึ้นทะเบียน 40-80 % (0.6 คะแนน)

4.3 ขึ้นทะเบียน >80 % (1 คะแนน)

5. ร้อยละการผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ภายใน 30 วัน

5.1 น้อยกว่า 40 % (0.3 คะแนน)

5.2 ระหว่าง 40- 84.99 % (0.6 คะแนน)

5.3 >= ร้อยละ 85 (1 คะแนน)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ดำเนินการได้คะแนนเต็ม จำนวน 1 ข้อ
2 คะแนน	ดำเนินการได้คะแนนเต็ม จำนวน 2 ข้อ
3 คะแนน	ดำเนินการได้คะแนนเต็ม จำนวน 3 ข้อ
4 คะแนน	ดำเนินการได้คะแนนเต็ม จำนวน 4 ข้อ
5 คะแนน	ดำเนินการได้คะแนนเต็ม จำนวน 5 ข้อ (ทำได้ทุกข้อ)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301 โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นางตวงพร มุกดากุล ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244801, 045-242225 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 094-4024130 Email : pukpuy7294@gmail.com 2. นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244801, 045-242225 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 081-7902731 Email : srisukon156@gmail.com Line : เครือข่ายการแพทย์64

ตัวชี้วัด R 18	**ระดับความสำเร็จของการบำบัดยาเสพติด**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 58)**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**ผู้ป่วยยาเสพติด** หมายถึง ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด ที่ได้รับการคัดกรอง (ตามแบบรายงานคัดกรองยาเสพติด) และนำเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษายาเสพติดทุกระดับความรุนแรง **ระบบสมัครใจ** หมายถึง ผู้ป่วยฯ ที่ยินยอม เข้ารับการบำบัดที่สถานบริการสาธารณสุข หรือ ชุมชนบำบัด หรือ ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (* ยินยอม หมายถึง มาด้วยตนเอง , ศาลสั่ง) กระบวนการบำบัด มี 3 รูปแบบ อย่างใดอย่างหนึ่งตามระดับความรุนแรง -บำบัดในสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 16 สัปดาห์ -ชุมชนบำบัด (CBTx) ตามกระบวนการของชุมชน -ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลักสูตร จำนวน 12 วัน **การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง** หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน 4-7 ครั้ง หลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย 1ปี และมีการลงบันทึกใน บสต.ภายใน 2 สัปดาห์ หลังการติดตามเยี่ยมในแต่ละครั้ง **การนับเป้าหมาย** คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่ถูกบันทึกในรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย) บสต. (ภายใน 2 สัปดาห์นับจากเข้ารับบริการ)

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 58	ร้อยละ 60	ร้อยละ 62	ร้อยละ 64	ร้อยละ 66	ร้อยละ 68

วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย1 ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด ตามระบบสมัครใจใน (1) สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (2) ชุมชนบำบัด(CBTx) และมีการบันทึกในรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา)สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ) บสต (.ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วยตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ , เสียชีวิต ,ปรับเปลี่ยนการรักษาหรือ บำบัดโดย Methadone
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน , ตามรอบการนิเทศงาน
วิธีการประเมินผล :	ประเมินแบบ Milestone ตามขั้นตอน 5 ขั้นตอน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	ร้อยละ	41.23	48.30	54.80

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
ระดับที่ 1	การบริหารจัดการการบำบัดยาเสพติด มีแผนงาน/โครงการเพื่อพัฒนางานยาเสพติด (0.3 คะแนน) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบำบัดยาเสพติด/ค่ายบำบัดฯที่เป็นปัจจุบัน (0.3 คะแนน) การประชุมภาคีเครือข่ายอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (0.4 คะแนน)
ระดับที่ 2	ลงข้อมูลรายงานในระบบ บสต.เป็นปัจจุบัน (ภายใน 2 สัปดาห์) (1 คะแนน)
ระดับที่ 3	ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) <50.00% (1 คะแนน)
ระดับที่ 4	ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) ร้อยละ 50.00-57.99 % (1 คะแนน)
ระดับที่ 5	ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และ และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) ≥ร้อยละ 58.00 (1 คะแนน)

1 คะแนน	ระดับ 1				
2 คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2			
3 คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3		
4 คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	
5 คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301 โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นางรัชนีพร เชื้อสระคู ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 065-7492656 2. นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 092-7185455 3.นายประมวล มาลา ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ 087-3377311 กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 19	**ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**ผลิตภัณฑ์ยาสูบ** หมายความว่า ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืชนิโคนาทาแบกกุ้ม (Nicotianatabacum) และให้ความรวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งบริโภคโดยวิธีสูบ ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใด เพื่อให้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยาตามกฎหมายว่าด้วยยา **เครื่องดื่มแอลกอฮอล์** หมายความว่า สุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 1) มีแผนงานการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอำเภอ 2) มีการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ ออกตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง/ปี 3) มีการดำเนินงานชุมชนและสถานศึกษาต้นแบบเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง 4) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองผลิตภัณฑ์ยาสูบ มากกว่าร้อยละ 60 5) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเครื่องดื่มแลอกอฮอล์ มากกว่าร้อยละ 60	
วัตถุประสงค์	1) เพื่อขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ 2) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สร้างความตระหนักเรื่องพิษภัยและรู้เท่าทันกลยุทธ์ทางการตลาดและป้องกันนักสูบนักดื่มหน้าใหม่ 3) เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่และสุรา/ ลดแรงสนับสนุนการดื่ม เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย 4) เพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ และช่วยให้ผู้สูบ ผู้ดื่มเลิกสูบบุหรี่ และเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5) เพื่อพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ
ประชากร **กลุ่มเป้าหมาย**	1.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2.ภาคีเครือข่ายควบคุมบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ 3.ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.รายงานผ่านระบบ 43 แฟ้ม ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ 2.รายงานผลการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ
แหล่งข้อมูล	1. HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานผลการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง ไตรมาสที่ 2 และ 4
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามขั้นตอนการดำเนินงาน
เอกสารสนับสนุน	• คู่มือการบันทึกข้อมูลการบำบัดผู้เสพติดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ 43 แฟ้ม (Special pp) โครงการสร้างวิทยากรหนุนเสริมโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชันย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับภาคีเครือข่าย • คู่มือ การบริหารจัดการข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคยาสูบในระบบ 43 แฟ้ม (Special PP) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข • พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 • พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

เกณฑ์การประเมิน

เกณฑ์การประเมินผล (ขั้นตอน)
1. มีแผนงานการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอำเภอ **(1คะแนน)**
2.มีการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ ออกตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง/ปี **(1 คะแนน)**
3.มีการดำเนินงานชุมชนและสถานศึกษาต้นแบบเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง **(1 คะแนน)**
4.ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ มากกว่าร้อยละ 60 **(1 คะแนน)**
5.ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่าร้อยละ 60 **(1 คะแนน)**

คะแนน	**เกณฑ์/รายละเอียด**
1 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1
2 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1, 2
3 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1, 2, 3
4 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1, 2, 3, 4
5 คะแนน	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 1 2, 3, 4 และ 5 ครบทุกข้อ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน Based line data

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2561	2562	2563	2564
ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ	ร้อยละ	25.30	47.65	60.05	59.48
ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ร้อยละ	5.60	38.75	57.39	57.95

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301 โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายสุทธิพงษ์ บุญบรรจง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 0 4526 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ 0883404896 กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 20	**ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอ To Be Number One**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**อำเภอ TO BE NUMBER ONE** หมายถึง อำเภอที่มีการดำเนินงานดังต่อไปนี้ 1. มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ และมีการประชุมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE 2. มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ รณรงค์สร้างกระแสเพื่อปลุกจิตสำนึกให้เยาวชนห่างไกลยาเสพติด, กิจกรรมพัฒนาศักยภาพเยาวชนเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และสร้างภูมิกันให้เยาวชนไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด 3. มีการขับเคลื่อนและส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา, ในชุมชน และในสถานประกอบการ **ชมรม TO BE NUMBER ONE** หมายถึง ชมรมที่มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบ ดังนี้ 1. กรรมการ : โดยสมาชิก TO BE NUMBER ONE คัดเลือกกรรมการเพื่อบริหารจัดการชมรม มีบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างน้อย 5 คน ประกอบด้วย ประธาน รองประธาน เลขานุการ กรรมการ และเหรัญญิก ซึ่งกรรมการชมรม แบ่งเป็น 5 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายจัดหาทุน, ฝ่ายกิจกรรม, ฝ่ายประชาสัมพันธ์, ฝ่ายรับเรื่องราวร้องทุกข์, ฝ่ายสอดส่องดูแลและประเมินผล 2. กิจกรรม : สนับสนุนให้สมาชิกใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์เกิดความภาคภูมิใจและมองเห็นคุณค่าของตน อันเป็นหนทางห่างไกลยาเสพติด รวมทั้งให้โอกาส และสนับสนุน การคืนคนดีสู่สังคม ของสมาชิก “ ใครติดยายกมือขึ้น ” เช่น การฝึกอาชีพ และ จัดหาอาชีพให้ เป็นต้น 3. กองทุน : กรรมการและสมาชิกร่วมดำเนินการจัดตั้งกองทุนเพื่อนำเงินรายได้หมุนเวียนใช้จ่ายในชมรม ซึ่งเป็นแนวทางสู่ความยั่งยืนของชมรม รวมถึงทรัพย์สินของชมรม เช่น อาคารที่ตั้งชมรม, วัสดุ/อุปกรณ์ ในชมรม เป็นต้น 4. มีการจัดกิจกรรมการรณรงค์ปลุกจิตสำนึกสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ได้แก่ -การรับสมัครสมาชิกชมรม โดยต้องมีการจัดทำทะเบียนข้อมูลสมาชิกชมรม -ประชาสัมพันธ์ ผ่านสื่อต่างๆ เช่น Facebook /เสียงตามสาย /หอกระจายข่าว/กลุ่มไลน์ -จัดกิจกรรมดนตรี, กีฬา, การประกวดกิจกรรมสร้างสรรค์ ต่างๆ -การตรวจหาสารเสพติด : นร. /นศ. / ทหาร/ พระ /สามเณร เข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญต่างๆ ร่วมกับภาครัฐ -จัดแข่งขันกีฬาภายในและหรือกับหน่วยงานภาครัฐ/เอกชนและชุมชน -สนับสนุนทุนการศึกษา/อุปกรณ์ แก่ สถานศึกษา/ชุมชน ฯลฯ -ร่วมกับชุมชนในการดูแลอนุรักษ์ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 5. มีการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชนและประชาชน เช่น -การจัดตั้งชมรม/ ศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE -การอบรมให้ความรู้เรื่องยาเสพติด / -โครงการ TO BE NUMBER ONE -อนุรักษ์วัฒนธรรม ประเพณี การทำบุญทางศาสนา/ ฟังเทศน์ -สืบสาน สืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น การจักสาน การดนตรี การฟ้อนฯ

	-การจัดกิจกรรมที่ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น ฝึกอาชีพ เพื่อหารายได้ การคัดแยกขยะ การเลี้ยงไก่ การทำสวนผสมฯ -ช่วยสาธารณประโยชน์ เช่น จิตอาสา (จราจร สร้างฝาย ปลูกต้นไม้ฯ) 6. การสร้างและพัฒนาเครือข่าย เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพ -สนับสนุนวิทยากร (อบรมให้ความรู้ที่เกี่ยวข้อง), เงินทุนและอุปกรณ์แก่ชุมชนและสถานศึกษา ฯลฯ ในการจัดตั้ง ชมรม TO BE NUMBER ONE / ศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE -เป็นพี่เลี้ยง/ ที่ปรึกษาในการจัดตั้ง ชมรม TO BE NUMBER ONE แก่ ชมรม อื่นๆ -เปิดโอกาสให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดยาเสพติดเข้ามาทำงานได้ ฯลฯ **แบบประเมินตนเองของชมรม TO BE NUMBER ONE ระดับดีเด่น** หมายถึง ประเมินตนเองตามเกณฑ์การประกวดชมรม TO BE NUMBER ONE ดีเด่น (สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE กรมสุขภาพจิต)

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2567

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
-มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาผ่านเกณฑ์ระดับดีเด่นอย่างน้อยอำเภอละ 1 ชมรม -มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชนผ่านเกณฑ์ระดับดีเด่นอย่างน้อยอำเภอละ 1 ชมรม	-มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาผ่านเกณฑ์ระดับดีเด่นอย่างน้อย อำเภอละ 2 ชมรม -ร้อยละ 20 ของตำบลมีชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชนผ่านเกณฑ์ระดับดีเด่น	-มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาผ่านเกณฑ์ระดับดีเด่นอย่างน้อย อำเภอละ 3 ชมรม -ร้อยละ 30 ของตำบลมีชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชนผ่านเกณฑ์ระดับดีเด่น

วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินเนินงาน อำเภอ TO BE NUMBER ONE อย่างต่อเนื่อง 2. เพื่อพัฒนาศักยภาพชมรม TO BE NUMBER ONE ภายใต้ยุทธศาสตร์การดำเนินงานโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	25 อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE จังหวัดอุบลราชธานี ประเมินตนเองตามเกณฑ์การประกวดชมรม TO BE NUMBER ONE ดีเด่น (สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE กรมสุขภาพจิต)
แหล่งข้อมูล	1. แบบรายงานผลการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE จังหวัดอุบลราชธานี 2. การนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินปีละ 2 ครั้ง (ไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4)
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลการระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE 5 ขั้นตอน

เอกสารสนับสนุน	แนวทางการดำเนินงานโครงการรณรงค์ป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ. 2560

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

เกณฑ์การประเมิน

เกณฑ์การประเมิน	ค่าคะแนน
1.โครงสร้าง	
1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนอำเภอ TO BE NUMBER ONE	0.5
1.2 มีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนอำเภอ TO BE NUMBER ONE อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี	0.5
2.แผนงานและโครงการ	
2.1 มีแผนงาน/โครงการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE	0.5
2.2 มีการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE	0.5
3.สนับสนุนองค์ความรู้แก่สมาชิกชมรม โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขสมัครเป็นสมาชิกนิตยสาร TO BE NUMBER ONE ประเภทถาวรร้อยละ 100 ของหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอ	1
4.มีการขับเคลื่อนและพัฒนาชมรมในอำเภอ	
4.1 มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองระดับดีเด่น อย่างน้อย 2 ชมรมขึ้นไป	0.5
4.2 มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชนผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองระดับดีเด่น ≥ ร้อยละ 20 ของจำนวนตำบลทั้งหมดในอำเภอ	0.5
5.นำเสนอผลการดำเนินงานประเภทอำเภอ/ชมรม TO BE NUMBER ONE ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1
รวมคะแนน	5

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301 โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางนันทิพร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 0895815789

ตัวชี้วัด R 21	**ร้อยละการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วย FIT test**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ร้อยละ 10**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**หลักการทำงานของ FIT Test** (Fecal Immunochemical Test for hemoglobin) การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ อาศัยการทำปฏิกิริยาซึ่งอาศัยการทำปฏิกิริยาระหว่าง human antibodies ที่จำเพาะต่อ globin, albumin หรือ ส่วนประกอบอื่น ๆของเลือด เพื่อหาโอกาสที่จะเกิดเป็นโรคมะเร็งลำไส้ โดยเฉพาะบริเวณลำไส้ใหญ่ของประชาชนอายุตั้งแต่ 50-70 ปี เมื่อตรวจพบความเสี่ยง ก็จะได้วางแผนในการรักษาตั้งแต่ระยะแรก ๆ ต่อไป **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** ได้แก่ ประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 50 – 70 ปีบริบูรณ์ ในรอบปี 2565 ได้รับการตรวจคัดกรองหาเลือดแฝงในอุจจาระ(FIT Test)

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35

วัตถุประสงค์	เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะเริ่มต้นนำเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างเหมาะสม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 50 - 70 ปี ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมาในระยะ 2 ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บข้อมูลและบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน 43 แฟ้ม ผลการตรวจเป็นลบ= 1B0060, ผลการตรวจเป็นบวก= 1B0061 สรุปผลการดำเนินงาน ราย เดือน
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลประชากร แฟ้ม Person Type area 1,3
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจ FIT Test
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด (อายุ 50-70 ปี)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) ×100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4
วิธีการประเมินผล :	ประเมินเชิงปริมาณ จำนวนร้อยละของผู้ได้รับการตรวจคัดกรอง (ร้อยละ)
เอกสารสนับสนุน :	ฐานข้อมูลประชากรอายุ 50 – 70 ปี ใน HDC จังหวัดอุบลราชธานี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ ได้รับการตรวจ FIT Test	ร้อยละ	2.88	3.86	0.99

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 4
2 คะแนน	ร้อยละ 4.00 - 5.99
3 คะแนน	ร้อยละ 6.00 - 8.99
4 คะแนน	ร้อยละ 8.00 - 9.99
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301 โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com 2.นางสาวภูริดา พลศักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์หน่วยงาน 045-262692 โทรศัพท์มือถือ 089 949 5856 e-mail: ncdatlotus@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวภูริดา พลศักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์หน่วยงาน 045-262692 โทรศัพท์มือถือ 089 949 5856 e-mail: ncdatlotus@gmail.com กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 22	ร้อยละการตรวจมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีการอัลตร้าซาวด์
ค่าเป้าหมายปี 2565	ร้อยละ 100
ค่าถ่วงน้ำหนัก	0.5 คะแนน
คำนิยาม	**การคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี** เป็นการคัดกรองด้วยวิธีการตรวจอัลตร้าซาวด์กลุ่มเสี่ยง เพื่อหาความผิดปกติของตับและท่อน้ำดี **กลุ่มเสี่ยง** หมายถึง ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป (person 1,3) ที่มีประวัติดังต่อไปนี้ อย่างใดอย่างหนึ่ง คือ 1. มีประวัติการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ (OV+) 2. กลุ่ม Chronic Dyspepsia กลุ่มอาการปวดท้องช่วงบน ท้องอืด จุกเสียดแน่นท้อง จุกลิ้นปี่ รู้สึกอึดอัด ไม่สบายตัว หรือมีอาการแสบร้อนกลางทรวงอกหลังรับประทานอาหาร เป็นเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 3. กลุ่มเสี่ยงที่ผลคัดกรอง ประวัติ PDF3

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	การคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี เป็นการคัดกรองด้วยวิธีการตรวจอัลตร้าซาวด์กลุ่มเสี่ยง เพื่อหาความผิดปกติของตับและท่อน้ำดี กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป (person 1,3) ที่มีประวัติดังต่อไปนี้ อย่างใดอย่างหนึ่ง คือ 1. มีประวัติการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ (OV+) 2. กลุ่ม Chronic Dyspepsia กลุ่มอาการปวดท้องช่วงบน ท้องอืด จุกเสียดแน่นท้อง จุกลิ้นปี่ รู้สึกอึดอัด ไม่สบายตัว หรือมีอาการแสบร้อนกลางทรวงอกหลังรับประทานอาหาร เป็นเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไปที่ - มีประวัติการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ (OV+) - กลุ่ม Chronic Dyspepsia กลุ่มอาการปวดท้องช่วงบน ท้องอืด จุกเสียดแน่นท้อง จุกลิ้นปี่ รู้สึกอึดอัด ไม่สบายตัว หรือมีอาการแสบร้อนกลางทรวงอก หลังรับประทานอาหาร เป็นเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป - กลุ่มเสี่ยง ที่ได้รับการตรวจอัลตร้าซาวด์ในปีที่ผ่านมา ผลการตรวจ PPF3, Liver mass และ Dilated Duct - ไม่เป็นผู้ป่วยกลุ่มพิษสุราเรื้อรัง หรือ ตับแข็ง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จัดเก็บข้อมูลและบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน 43 แฟ้ม 1.1 รหัสการวินิจฉัย Z12.8 : Specific screening for CA 1.2 อัลตร้าซาวด์รหัส หัตถการการตรวจบันทึกใน43แฟ้ม โรงพยาบาล = 8876 หรือบันทึกใน 43 แฟ้มในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัตการ=9270700 กรณีผลการตรวจอัลตร้าซาวด์ พบสิ่งผิดปกติ ให้บันทึก ดังนี้ -Liver mass = D376 (mass hepatic) -Dilated duct K831 (bile duct obstruction) -cholecystitisunspecified = K819 -PDF = R 932 Abnormal fining on diagnosis imagine of liver -Fatty liver = k760 -Cirrhosis = k746 -Gall bladder thickening =k828 -Gall stone = K802 -Ascites = R18 -อื่น ๆ Jaundice = R17, CA Liver = C22, CHCA = C22.1 2. หากพบความผิดปกติ ได้แก่ Liver mass หรือ Dilate Duct ให้ส่งต่อ รพ.แม่ข่าย เพื่อรับการวินิจฉัยและรักษา 3. สรุปผลการดำเนินงาน ราย เดือน
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลประชากร แฟ้ม Person Type area 1,3 2. จากแบบสรุปผลการดำเนินงานรายอำเภอ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจอัลตร้าซาวด์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) ×100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4 ตามผลงานที่ทำได้
วิธีการประเมินผล :	ประเมินเชิงปริมาณ (ร้อยละ) เป้าหมายที่ได้รับการ U/A อัลตร้าซาวด์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจอัลตร้าซาวด์	ร้อยละ	96.40	100	100

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ร้อยละการตรวจมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีการอัลตร้าซาวด์

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 100

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301 โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com 2.นางสาวภูริดา พลศักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์หน่วยงาน 045-262692 โทรศัพท์มือถือ 089 949 5856 e-mail: ncdatlotus@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวภูริดา พลศักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์หน่วยงาน 045-262692 โทรศัพท์มือถือ 089 949 5856 e-mail: ncdatlotus@gmail.com กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 23	**ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกบริการ**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**2.5 คะแนน**
คำนิยาม	**การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง** หมายถึง กระบวนดำเนินงานในคลินิกบริการเพื่อจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยทีมสหวิชาชีพเน้นกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้ป่วยทั้งรายใหม่และรายเก่าในการดูแลตนเอง การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2560, แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 และมีการติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยผ่านการประเมินคุณภาพของ NCD Clinic Plus **ผู้ป่วยโรคเบาหวาน** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการขึ้นทะเบียน และผู้ป่วยเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด (Type 1,3) **ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียน และผู้ป่วยเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด (Type 1,3) **ทีมสหวิชาชีพ** หมายถึง บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เป็นต้น **กระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)** หมายถึง การสร้างความเข้าใจและใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพ นำไปสู่การตัดสินใจนำมาลองปฏิบัติและประเมินผลการทดลองจนสามารถเกิดการใช้ในชีวิตประจำวันได้ เน้นการดำเนินงานตามแนวทาง RE-TREAT NCD ปี 2565 (UBON Model Class & Smart Camp) **การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี** หมายถึง การได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง การตรวจ HbA1c การตรวจไขมันในเลือดประจำปี การตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยการอดอาหาร การตรวจตา การตรวจเท้า การคัดกรอง CVD Risk และการประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นต้น อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง **การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus** หมายถึง การประเมินตนเองของโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย โดยใช้หลักการ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565

1. ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ≥ 80 %
2. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c ≥ 70 % และสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี ≥ 40 %
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ≥ 60 %
4. ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m2/yr ≥ 66 %
5. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง NCD Clinic Plus ≥ 80 %

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี 2. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่มีสาเหตุจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น ไตวาย หัวใจ หลอดเลือดสมอง เป็นต้น 4. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างต่อเนื่อง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทีมสหวิชาชีพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ผ่านโปรแกรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2. รายงานการดำเนินงาน “การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus” ผ่านระบบรายงานที่ www.NCDclinicplus.ddc.moph.go.th
แหล่งข้อมูล	1. รายงานการดำเนินงาน “การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus” 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และระบบรายงานโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข
ระยะเวลาประเมินผล	จำนวน 2 รอบ ตามการนิเทศงานระดับจังหวัด ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2565
วิธีการประเมินผล :	อำเภอมีการดำเนินการความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกบริการ โดยมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด 5 ประเด็น

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
1.การดำเนินงาน “การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus”	ร้อยละ	-	-	99.71
2.การคัดกรองสุขภาพประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป	ร้อยละ			
- คัดกรองเบาหวาน	ร้อยละ	94.10	92.52	90.50
- คัดกรองความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	93.94	92.02	90.41
3.การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	-	59.18	75.53
4.การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	-	83.61	71.87

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล 5 ประเด็นหลัก
1 คะแนน	1. การค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง - คัดกรองได้ < 70 % (0.3 คะแนน) - คัดกรองได้ 70-80 % (0.6 คะแนน) - คัดกรองได้ > 80 % **(1 คะแนน)**
3 คะแนน	2. ผลการดำเนินงาน Retreat NCD ปี 2565 Class & smart camp (UBON MODEL) 2.1 การดำเนินงานห้องเรียนมือใหม่ใน (โรงพยาบาล) - ไม่มีการดำเนินงาน (0 คะแนน) มีการดำเนินงาน **(1 คะแนน)** 2.2 ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวัดความดันโลหิตและมีการบันทึกใน 43 แฟ้ม ปีงบประมาณ 2565 - ได้รับการวัด BPและมีการบันทึก < 80 % (0.3 คะแนน) - ได้รับการวัด BPและมีการบันทึก 80-90 % (0.6 คะแนน) - ได้รับการวัด BPและมีการบันทึก > 90 % **(1 คะแนน)** 2.3 การดำเนินงาน Smart camp NCD & CKD (ระดับอำเภอ) - ไม่มีการดำเนินงาน (0 คะแนน) - มีการดำเนินงาน อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี **(1 คะแนน)**
1 คะแนน	3. ผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m2/yr - ลดลง ≤ 50 % (0.3 คะแนน) - ลดลง 50 - 65.99 % (0.6 คะแนน) - ลดลง ≥ 66 % **(1 คะแนน)**
1 คะแนน	4. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง NCD Clinic Plus 4.1 ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง ระดับพื้นฐาน (0 คะแนน) 4.2 ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง ระดับดี (0.3 คะแนน) 4.3 ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง ระดับดีมาก (0.6 คะแนน) 4.4 ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง ระดับดีเด่น (0.9 คะแนน) 4.5 ได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนระดับจังหวัด **(1 คะแนน)**
3 คะแนน	5. Good control

ตรวจ HbA1C	คะแนน	DM good control	คะแนน	HT good control	คะแนน
< 65 %	0.3	< 35 %	0.3	< 55 %	0.3
65-70 %	0.6	35-40 %	0.6	55-60 %	0.6
> 70 %	**1**	**> 40 %**	**1**	**> 60 %**	**1**

คะแนนรวม 9 คะแนน ปรับเป็น 5 คะแนน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301 โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com 2.นางสุภาภรณ์ เพียะวงค์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 088 580 4448 E-mail : sdokdung@gmail.com กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสุภาภรณ์ เพียะวงค์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 088 580 4448 E-mail : sdokdung@gmail.com กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 24	**ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**1. การดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง** หมายถึง กระบวนดำเนินงานในชุมชนเพื่อจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย และมีกระบวนการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพ พร้อมทั้งมีกระบวนการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามแนวทาง HBPM หรือ Office BP **2. ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs** หมายถึง ชุมชนที่มีการดำเนินการเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสงสัยป่วยต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน ประกอบด้วย ภาคท้องถิ่น ภาคสาธารณสุข และภาคประชาชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชน/หมู่บ้าน และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง **ชุมชน** หมายถึง หมู่บ้าน หรือ ชุมชนในเขตเมือง ตามเขตปกครอง **เกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”** 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) มีคณะทำงานระดับชุมชน ที่ประกอบด้วย ผู้นำตามกฎหมาย ผู้นำตามธรรมชาติ อสม. ตัวแทนผู้ป่วยกลุ่มโรค NCD เป็นต้น 2) ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรค ปัญหาและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกัน เพื่อวางแผนกำหนดมาตรการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนตามกลุ่มวัย

	3) ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการจัดทำแผนงาน/โครงการแบบมีส่วนร่วม มีการเสนอแผน/โครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน 4) มีกิจกรรม **การลดเค็มในชุมชน** เพื่อสร้างกระแสการดูแลสุขภาพ ลดป่วยโรคไตในชุมชน 5) ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการติดตามประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมและสรุปการดำเนินงานเพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินงานในระยะต่อไป **3. การคัดกรองโรคเบาหวาน** หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ สัญชาติไทย Type area 1,3 และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองโดยการเจาะน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีการตรวจวัดระดับ RPG/RCBG หรือการตรวจวัดระดับ FPG/FCBG จากแฟ้ม NCDSCREEN.BSLEVEL>=50 mg/dl **- กลุ่มปกติ** หมายถึง ประชากรอาย 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการเจาะน้ำตาลในเลือด มีระดับ RPG/RCBG ≥70 ถึง < 110 mg/dl. หรือ มีระดับ FPG/FCBG ≥70 ถึง < 100 mg/dl. **- กลุ่มเสี่ยง** หมายถึง ประชากรอาย 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการเจาะน้ำตาลในเลือด มีระดับ FPG/FCBG 100 - 125 mg/dl. **- กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน** หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีระดับ FPG/FCBG ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥126 mg/dl หรือ มีระดับ RCBG/RPG ≥ 110 mg/dl และตรวจ คัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl. **- การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย** หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน **4.การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง** ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ สัญชาติไทย Type area 1,3 และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโดยการวัดระดับความดันโลหิต จากแฟ้ม NCDSCREEN.SBP_1 >50 mmHg, NCDSCREEN.DBP_1 >50 mmHg. **- กลุ่มปกติ** หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวัดระดับความดันโลหิต และมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ในช่วง 120-129 mmHg.และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ในช่วง 80-84 mmHg. **- กลุ่มเสี่ยง** หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวัดระดับความดันโลหิต และมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ในช่วง 130-139 mmHg.และ/หรือ ค่าความดันโลหิต ตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 85-89 mmHg. **- กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg. ในเขตรับผิดชอบ **- การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย** หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring) (HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน หรือการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565

1. รพ.สต.มีการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” อย่างน้อย 1 ชุมชน / รพ.สต.
2. มีกิจกรรมลดเค็มในชุมชน ทุกอำเภอ
3. ประชาชนได้รับการคัดกรองสุขภาพโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ≥ 90 %
4. ประชาชนกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจติดตาม ≥ 80 %

วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพในชุมชน 2.เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง 3.เพื่อให้ประชาชนได้ทราบสภาวะสุขภาพของตนเอง 4.เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดและหรือระดับความดันโลหิตสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ภาคีเครือข่ายในชุมชน กลุ่มสงสัยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และกลุ่มวัยต่าง ๆ ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.รายงานการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”ผ่านระบบรายงานที่กำหนด (Google form) 2.บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ผ่านโปรแกรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
แหล่งข้อมูล	1. รายงานการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และระบบรายงานโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ ตามการนิเทศงานระดับจังหวัด ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2565
วิธีการประเมินผล :	อำเภอมีการดำเนินการ **ป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน** โดยมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด 5 ประเด็น (5 ข้อ)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
1.การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”	ร้อยละ	-	-	99.71
2.การคัดกรองสุขภาพประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป	ร้อยละ			
- คัดกรองเบาหวาน	ร้อยละ	94.10	92.52	90.50
- คัดกรองความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	93.94	92.02	90.41
3.การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	-	59.18	75.53
4.การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	-	83.61	71.87

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

อำเภอมีการดำเนินการ **ป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน** โดยมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด 5 ประเด็นดังนี้

การดำเนินงาน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
ข้อที่ 1	การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” (รพ.สต.ละ 1 ชุมชน) 1) มีการดำเนินงานแต่ไม่ครบทุก รพ.สต. (0 คะแนน) 2) มีการดำเนินงานครบทุก รพ.สต. (1 คะแนน)
ข้อที่ 2	การดำเนินงาน “กิจกรรมลดเค็มในชุมชน” อย่างน้อย 1 ชุมชน / รพ.สต 1) มีการดำเนินงานแต่ไม่ครบทุก รพ.สต. (0 คะแนน) 2) มีการดำเนินงานครบทุก รพ.สต. (1 คะแนน)
ข้อที่ 3	ร้อยละการคัดกรองสุขภาพโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 1) คัดกรองสุขภาพได้ ≤ 90 % (0 คะแนน) 2) คัดกรองสุขภาพได้ > 90 % (1 คะแนน)
ข้อที่ 4	การติดตามกลุ่มสงสัยป่วย 1) มีข้อมูลกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (0.5 คะแนน) 2) มีข้อมูลกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (0.5 คะแนน)
ข้อที่ 5	การติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 1) ได้รับการตรวจติดตาม ≤ 80 % (0 คะแนน) 2) ได้รับการตรวจติดตาม > 80 % (1 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 คะแนน	ทำผลงานได้ตามเกณฑ์ 1 ข้อ
2 คะแนน	ทำผลงานได้ตามเกณฑ์ 2 ข้อ
3 คะแนน	ทำผลงานได้ตามเกณฑ์ 3 ข้อ
4 คะแนน	ทำผลงานได้ตามเกณฑ์ 4 ข้อ
5 คะแนน	ทำผลงานได้ตามเกณฑ์ทั้ง 5 ข้อ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1.นางสาวอลิษา สุพรรณ
ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด
โทร.สำนักงาน 045- 244801-3 ต่อ 301
โทร.มือถือ 081-7904981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com

2.นางสุภาภรณ์ เพียะวงค์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301
โทรศัพท์มือถือ : 088 580 4448 E-mail : sdokdung@gmail.com

ตัวชี้วัด R 25	ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พชอ.คุณภาพ)
ค่าเป้าหมาย 2565	ความสำเร็จระดับ 5
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	**การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ** หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด **อำเภอ** หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 25 แห่ง **กลุ่มเปราะบาง** หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 **กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ** พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ดังนี้ 1) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ 2) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล 3) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกถอดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง

	(อ้างอิง : บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2559)
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี (25 อำเภอ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน
แหล่งข้อมูล	สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ โรงพยาบาล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 25 แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินไตรมาสที่ 4
เอกสารสนับสนุน :	-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
อำเภอประเมิน คกก. (พชอ.) คุณภาพ	อำเภอ	25 อำเภอ 100%	25 อำเภอ 100%	25 อำเภอ 100%

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 ระหว่าง (1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 ระหว่าง (1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	1.มี คกก.พชอ., และมีการประชุมคณะกรรมการ พชอ. เพื่อทบทวน / คัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตไม่น้อยกว่า 2 ประเด็น (โดยต้องมีประเด็นการดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางอย่างน้อย 1 ประเด็น) 2. มีข้อมูลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ของตนเองเพื่อวางแผนการขับเคลื่อนงานเพื่อดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง 3. มีผลประเมินตนเองก่อนดำเนินการ ตามองค์ประกอบ UCCARE พร้อมรายงานผลการประเมินให้จังหวัดทราบ

2 คะแนน	1. มีคณะกรรมการ / คณะทำงานขับเคลื่อนรายประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตตามบริบทพื้นที่ 2. การประชุมคณะกรรมการ พชอ.ทุก 2 เดือน 3. มีแผนงานโครงการขับเคลื่อนงานเพื่อประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตตามบริบทพื้นที่ โดยบูรณาการทุกภาคส่วน
3 คะแนน	1.ดำเนินการตามแผนงานโครงการที่กำหนดและมีการส่งรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแบบฟอร์มรายงานที่ สสจ.กำหนดทุกวันที่ 20 ของทุกเดือน 2. มีสรุปรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานรอบ 6 เดือน
4 คะแนน	1. มีการประเมินตนเองรายประเด็นตามองค์ประกอบ UCCARE (หลังดำเนินการ) ตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ หรือยกระดับขึ้นหนึ่งระดับจากเดิมทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและมีผลลัพธ์การดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม อย่างน้อย 2 ประเด็น 2. มีการเยี่ยมเสริมพลังในระดับอำเภอหรือจังหวัด
5 คะแนน	1. มีการประเมินตนเองรายประเด็นตามองค์ประกอบ UCCARE (หลังดำเนินการ) ตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ หรือยกระดับขึ้นหนึ่งระดับจากเดิมทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและมีผลลัพธ์การดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมครบทุกประเด็น 2. มีการดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 3. มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2565

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายปรีชา ทองมูล ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 331 โทรศัพท์มือถือ : 08 9722 8810 โทรสาร : 0 4524 1918 E-mail : p_thongmoon@yahoo.com 2. นางสาวโสมนัสสา โสคำภา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 331 โทรศัพท์มือถือ : 08 2371 4687 โทรสาร : 0 4524 1918 E-mail : s.sommanatsa@gmail.com sommanatsa@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวโสมนัสสา โสคำภา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 331 โทรศัพท์มือถือ : 08 2371 4687 โทรสาร : 0 4524 1918 E-mail : s.sommanatsa@gmail.com sommanatsa@hotmail.com

ตัวชี้วัด R 26	**ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานการรับรอง HA ขั้น 3**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1.5 คะแนน**
คำนิยาม	**โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข** หมายถึง - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 2 แห่ง - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 22 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 14 มิถุนายน 2564) **HA (Hospital Accreditation) หมายถึง** กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ขั้น ดังนี้ **- HA ขั้น 1 หมายถึง** โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง **- HA ขั้น 2 หมายถึง** โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ขั้น 2 **- HA ขั้น 3 หมายถึง** โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ตัวชี้วัด /ปีงบประมาณ (พ.ศ.)	2565	2566	2567	2568	2569	2570
1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป	98%	98%	100%	100%	100%	100%
2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	98%	98%	100%	100%	100%	100%
3. โรงพยาบาลชุมชน	80%	80%	90%	90%	90%	90%

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิต 3. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th / ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง/สถานะการรับรอง
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง/ สถานการณ์รับรอง 2. กองบริหารการสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผลการรับรองขั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 แห่ง
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองขั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 2 แห่ง
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผลการรับรองขั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ
รายการข้อมูล 6	F = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 22 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 14 มิถุนายน 2564)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไปผ่าน HAขั้น3 = **(A/B) x 100** รพ.สังกัดกรมการแพทย์, ควบคุมโรค, กรมสุขภาพจิต ผ่าน HAขั้น3 = **(C/D) x 100** รพ.ชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่าน HAขั้น3 = **(E/F) x 100**
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4
วิธีการประเมินผล :	ให้คะแนนจากข้อมูลที่ได้รับจากโรงพยาบาล ทุก 3, 6, 9 และ 12 เดือน
เอกสารสนับสนุน :	-

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2562	2563	2564
	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100.00	ร้อยละ 100 ณ 30 มิ.ย.64 (4 / 4 แห่ง)
	ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ร้อยละ		ร้อยละ 100	ร้อยละ 100 ณ 30 มิ.ย.64 (2 / 2แห่ง)

	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 86.36	ร้อยละ 95.4	ร้อยละ 90.91 ณ 30 มิ.ย.64 (22/ 20 แห่ง)

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	1. มีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 2. มีรายงานการประชุมทบทวนวิเคราะห์ข้อมูล SAR ปรับแผนกลยุทธ์ ปรับปรุงวิสัยทัศน์ พันธกิจ คัดเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล 3. มีการปรับปรุง Hospital Profile ให้เป็นปัจจุบัน 4. มีการจัดทำแผนปฏิบัติงาน/โครงการพัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาล หรือแผนการดำเนินงานที่ธำรงรักษาคุณภาพการให้บริการที่มีคุณภาพที่สอดคล้องกับการทบทวนองค์กร
2 คะแนน	5. มีการจัดทำผังควบคุมกำกับติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของทีมนำสำคัญต่างๆ ของโรงพยาบาลให้มีความต่อเนื่องและเป็นไปตามกำหนดห้วงเวลาของแต่ละโรงพยาบาล 6. มีการประกาศใช้นโยบาย 2P Safety และมีการคัดเลือกตัวชี้วัดและดำเนินการตามมาตรฐานสำคัญ ที่จำเป็น 9 ข้อ ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแต่ละระดับ
3 คะแนน	8. มีการรายงานความก้าวหน้าตาม Recommendation ของ สรพ. รอบ 6 เดือน , 12 เดือน 9. มีการทบทวน 12 กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 10.มีกระบวนการส่งเสริมหน่วยงานให้มีการพัฒนาปรับปรุงระบบการดำเนินงานให้ดีขึ้นทุกระบบทั้งในรูปแบบ CQIหรือ Innovation หรือ Best Practice หรือผลงานวิจัย หรือผลงานวิชาการ หรือ R2R
4 คะแนน	11. มีผลงานนำเสนอในเวทีวิชาการระดับจังหวัดในรูปแบบ Innovation หรือ Best Practice หรือผลงานวิจัย หรือผลงานวิชาการ CQI หรือ R2R อย่างน้อย 3 เรื่อง 12. มีผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 80 13. รพ. ส่งเอกสารขอต่ออายุการรับรองตามห้วงเวลาที่กำหนดหรือผ่านการรับรองและธำรงไว้ซึ่งคุณภาพ

5 คะแนน	14. มีการควบคุมกำกับ/ติดตามผลการดำเนินงานให้เป็นไปตาม Time Line ที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 15. รพ.มีการนำเสนอผลการดำเนินงานวิชาการ ในรูปแบบ Innovation หรือ Best Practice หรือผลงานวิจัย หรือผลงานวิชาการ CQI หรือ R2R ระดับจังหวัดขึ้นไป อย่างน้อย 1 เรื่อง

เงื่อนไข

1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 4 แห่ง (โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์,โรงพยาบาล 50 พรรษาฯ,โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม,โรงพยาบาลวารินชำราบ) ต้องผ่านการรับรองต่ออายุซ้ำคือ รพ.สรรพสิทธิประสงค์

2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 2 แห่ง ประกอบด้วย
   -โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี (อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรองซ้ำ)
   -โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

3. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 22 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 14 มิถุนายน 2564) ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ จำนวน 18 แห่ง
   - อยู่ระหว่างการต่ออายุ ที่ส่งเอกสารแล้ว 7 แห่ง รอรับการประเมิน คือ สว่างวีระวงศ์,บุณฑริก,ดอนมดแดง, ทุ่งศรีอุดม, ศรีเมืองใหม่, สิรินธร และนาเยีย
   - รพ.ที่จะต้องส่งเอกสารต่ออายุก่อนหมดอายุ 6 เดือน และรับการประเมินต่ออายุการรับรอง ภายในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 4 แห่ง คือ เหล่าเสือโก้ก, เขื่องใน, สำโรง และเขมราฐ

4. โรงพยาบาลชุมชน 3e ที่ต้องส่งเอกสารเพื่อขอรับการรับรองขั้น 3 ใหม่ ภายในไตรมาสที่ 2 คือ โพธิ์ไทร

5. โรงพยาบาลชุมชน 2e ที่ต้องส่งเอกสารเพื่อขอรับการรับรองขั้น 2 ใหม่ ภายในไตรมาสที่ 2 คือ น้ำขุ่น

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายปรีชา ทองมูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 08 9722 8810 E-mail : p_thongmon@yahoo.com 2. นางพิชญาภา ฮงทอง ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ: 09 4985 5964 E-mail.com : a_pitchayapa@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางพิชญาภา ฮงทอง ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ: 09 4985 5964 E-mail.com : a_pitchayapa@hotmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 27	**ระดับความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (PMQA)**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1.5 คะแนน**
คำนิยาม	**การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ** หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์การ หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 บุคลากร หมวด 6 การปฏิบัติการ หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม ดำเนินการประเมินองค์การด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ 1 แผน กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 จำนวน 6 หัวข้อ ครบ 18 ข้อ ดำเนินการแผนพัฒนาองค์การ จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การและตัวชี้วัด รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กร อย่างน้อย 1 เรื่อง

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5

วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของสาธารณสุขอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข e-Report
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (25 แห่ง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลตามเกณฑ์การประเมินตนเอง
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	98.74	98.86	100 (25 แห่ง)

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ส่งคำถาม 13 ข้อให้ สนง.สสจ.อบ. (ภายในวันที่ 11 มกราคม 2565) ส่ง 5 คำถาม = 0.2 คะแนน ส่ง 7 คำถาม = 0.4 คะแนน ส่ง 9 คำถาม = 0.6 คะแนน ส่ง 11 คำถาม =0.8 คะแนน ส่ง 13 คำถาม = 1 คะแนน
2 คะแนน	สนง.สสอ. ส่งแบบประเมินตนเอง ภายในวันที่ 11 มกราคม 2565 ไม่ครบ 6 หมวด = 0.5 คะแนน ครบ 6 หมวด = 1 คะแนน
3 คะแนน	1) สนง.สสอ. นำโอกาสในการปรับปรุง OFI มาจัดลำดับและทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน (แบบฟอร์ม 3) (ส่งภายใน 11 มกราคม 2565) ส่งไม่ครบ 6 หมวด = 0.4 คะแนน ส่งครบ 6 หมวด = 0.5 คะแนน 2) สนง.สสอ. กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ (แบบฟอร์ม 4) (ส่งภายใน 11 มกราคม 2565) ส่งไม่ครบ 6 หมวด =0.4 คะแนน ส่งครบ 6 หมวด = 0.5 คะแนน
4 คะแนน	สนง.สสอ. รายงานผลการดำเนินงานความก้าวหน้าของแผนพัฒนาองค์กร และรายงานผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ผ่านระบบออนไลน์ (ภายในระยะเวลาที่กำหนด) ดังนี้ รอบ 6 เดือน (ภายในวันที่ 4 เมษายน 2565) รอบ 9 เดือน (ภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2565) รอบ 12 เดือน (ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565) รายงานครบได้ 1 คะแนนเต็ม
5 คะแนน	สนง.สสอ.รายงานปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) จำนวน 5 หน้า (แบบฟอร์ม 5) ดังนี้ 1) แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ 2) ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น 3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 4) สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป ผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565 รายงานครบได้ 1 คะแนนเต็ม
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายปรีชา ทองมูล ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 045 244801 มือถือ 089-7228810 E-mail: p_thongmoon@yahoo.com

	2. นางกนกวรรณ กุแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 045 244801 มือถือ 081-7304585 E-mail: kanokwan116@hotmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางกนกวรรณ กุแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 045 244801 มือถือ 081-7304585 E-mail: kanokwan116@hotmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 28	**ระดับความสำเร็จของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1.5 คะแนน**
คำนิยาม	**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)** หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU/NPCU) **การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.** หมายถึงการพัฒนาคุณภาพของรพ.สต.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม 3) บุคลากรที่ดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้ หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย หมวด 5 ผลลัพธ์

	โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้ ร้อยละ 60.00 – 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 70.00 – 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 80 ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ 80 เท่ากับ 5 ดาว **การรับรองผล** จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ **การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว** โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
(สะสม) ร้อยละ75	(สะสม) ร้อยละ85	(สะสม) ร้อยละ95	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 317 แห่ง (ไม่นับรวม รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ในปี 2561 และ ปี 2562)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. บันทึกข้อมูลผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ สสอ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) สสจ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง)
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเอง, ทีมประเมินระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 5 ดาว (สะสม) B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 4 ดาว (สะสม) C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 3 ดาว (สะสม)
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด (317 แห่ง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/D) x 100 (ผ่านระดับ 5 ดาว สะสม)
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 – 4
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2565

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
รพ.สต. 317 แห่ง (ผ่าน 5 ดาว)	แห่ง	97	97	97

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	- มีคำสั่งแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ - มีการถ่ายทอดนโยบาย และ รพ.สต. เป้าหมาย ดำเนินการพัฒนาตนเองทำตามคู่มือปี 2565
2 คะแนน	- ดำเนินการครบในขั้นที่ (1) และ รพ.สต.มีการจัดทำลักษณะสำคัญองค์กร (Organization Profile) , ผลการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ครบทุกแห่ง และกรอกข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ (Gis-Health)
3 คะแนน	- ดำเนินการครบในขั้นที่ (1), (2) และมีการลงพื้นที่ให้คำแนะนำของทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง พร้อมทั้งสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นตามส่วนขาด (GAP)
4 คะแนน	- ดำเนินการครบในขั้นที่ (1), (2), (3) และพี่เลี้ยงมีการประเมิน รพ.สต.ตามเกณฑ์ครบทุกแห่งในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ (Gis-Health)
5 คะแนน	- ดำเนินการครบถ้วนทั้ง 4 ขั้นตอน และมี รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 100

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายปรีชา ทองมูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244801-8 โทรศัพท์มือถือ : 089-7228810 2. นายภูริภัทร บรรจง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244801-8 โทรศัพท์มือถือ : 062-8892941
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายภูริภัทร บรรจง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 29	ระดับความสำเร็จขององค์กรพยาบาลที่มีผลการประเมินคุณภาพการพยาบาล (QA)
ค่าเป้าหมายปี 2565	ความสำเร็จระดับ 5
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1 คะแนน
คำนิยาม	**ความสำเร็จขององค์กรพยาบาลที่มีผลการประเมินคุณภาพการพยาบาลจากภายนอก** ครบทั้ง 5 ระดับและมีผลคะแนนร้อยละ 60 ขึ้นไป **การประเมินคุณภาพการพยาบาล** หมายถึง การประเมินคุณภาพการพยาบาลจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลระดับจังหวัดโดยใช้เครื่องมือการประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล 11 งาน (กองการพยาบาล, 2554) **การประเมินภายนอก** หมายถึง การประเมินคุณภาพการพยาบาลจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลระดับจังหวัด/ จากองค์กรพยาบาลต่างโรงพยาบาลอย่างน้อยในระดับเดียวกัน **องค์กรพยาบาล** หมายถึง กลุ่มการพยาบาล/ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลหรือองค์กรที่ทำหน้าที่คล้ายคลึงกันของสถานบริการ
เกณฑ์การประเมิน	**ระดับที่ 1** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ร่วมกันกำหนดนโยบายการประเมินคุณภาพการพยาบาล **ระดับที่ 2** คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์คุณภาพบริการพยาบาล และจัดทำแผนการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลภายนอก **ระดับที่ 3** ดำเนินการประเมินคุณภาพบริการพยาบาล **ระดับที่ 4** คณะกรรมการประเมิน สรุปผลการประเมิน วิเคราะห์จุดแข็ง และโอกาสพัฒนาการประเมินคุณภาพบริการพยาบาล **ระดับที่ 5** สรุปผลรายงานการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลรวมเล่ม

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5

วัตถุประสงค์	เพื่อยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลขององค์กรพยาบาลได้รับการประเมินคุณภาพจากหน่วยงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	องค์กรพยาบาลของสถานบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาลส่งรายงานคะแนนดิบจากการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลจากภายนอกขององค์กรพยาบาลและหน่วยบริการตามแบบรายงานการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลระดับจังหวัด

	2. CNO_D ส่งแบบรายงานการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลภายนอก ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 ขึ้นไป และแผนพัฒนาการคุณภาพการบริการพยาบาล ให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3.สรุปผลรายงานการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลรวมเล่ม
แหล่งข้อมูล	**เก็บข้อมูล** : แบบประเมินคุณภาพการพยาบาลแต่ละงานบริการพยาบาลของกองการพยาบาล **รายงานข้อมูล** : บันทึกในโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลผ่านเว็บแอพพลิเคชั่นประจำปีงบประมาณ 2565
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลภายนอกมีคะแนนร้อยละ 60 ขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการพยาบาลในโรงพยาบาล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100

ระยะเวลาประเมินผล

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ดำเนินการครบถ้วนตามระดับ 1-2	ดำเนินการครบถ้วนตามระดับ 3	ดำเนินการครบถ้วนตามระดับ 4 และรายงานในโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลผ่านเว็ปแอพพลิเคชั่น	ดำเนินการครบถ้วนตามระดับ 5 สรุปรายงานรูปเล่ม

เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล 2. หนังสือการประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริหารการพยาบาลและแต่ละหน่วยบริการพยาบาล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน ยังไม่มีการเก็บข้อมูล

หมายเหตุ : องค์กรพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานียังไม่ได้ดำเนินการประเมินแบบไขว้ภายนอก

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ร่วมกันกำหนดนโยบาย การประเมินคุณภาพการพยาบาล
2 คะแนน	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์คุณภาพบริการพยาบาล และจัดทำแผนการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลภายนอก
3 คะแนน	ดำเนินการประเมินคุณภาพบริการพยาบาล

4 คะแนน	คณะกรรมการประเมิน สรุปผลการประเมิน วิเคราะห์จุดแข็ง และโอกาสพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพ (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ60)
5 คะแนน	-ตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพ (ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ60) -สรุปผลรายงานการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลรวมเล่ม
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายปรีชา ทองมูล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 244801 โทรศัพท์มือถือ : 089-7228810 E-mail: p_thongmoon@yahoo.com 2. นางกนกวรรณ กุแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-7304585 E-mail : kanokwan116@hotmail.com 3. นางเพชรา โรจนศักดิ์โสธร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 0815473360 กลุ่มพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นางกนกวรรณ กุแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-7304585 E-mail : kanokwan116@hotmail.com 2. นางเพชรา โรจนศักดิ์โสธร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 0815473360 กลุ่มพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 30	**อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด**
ตัวชี้วัดย่อย R 30.1	**อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**< ร้อยละ 8**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI** หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction) **อัตราตายในผู้ป่วย STEMI** 1.ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit)

	2.การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	-	-	-

วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	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
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด
รายการข้อมูล 2	B2 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A1/B1) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
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.

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
13.39	ร้อยละ	8.85	10.50	

ที่มา : HDC จังหวัดอุบลราชธานี

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	อัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ≥ร้อยละ 38.1
2 คะแนน	อัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ร้อยละ28.1-38.0

3 คะแนน	อัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ร้อยละ18.1-28.0
4 คะแนน	อัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ร้อยละ8.1-18.0
5 คะแนน	อัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ≤ร้อยละ 8.0
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายปรีชา ทองมูล ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 045 244801 โทรศัพท์มือถือ: 089-7228810 E-mail: p_thongmoon@yahoo.com 2.นางนาฏนภา ภูบุญคง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 045 244801 โทรศัพท์มือถือ: 093-6355559 E-mail: nardnapa195@gmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางนาฏนภา ภูบุญคง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 045 244801 โทรศัพท์มือถือ: 093-6355559 E-mail: nardnapa195@gmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ตัวชี้วัดย่อย R 30.2	**ระดับความสำเร็จของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด**
	1.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
	2.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI** หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction) **การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด** หมายถึง 1. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล **หรือ** 2. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ตัวชี้วัด /ปีงบประมาณ พ.ศ.	2565	2566	2567	2568	2569	2570
1.ยาละลายลิ่มเลือด	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70			
2. Primary PCI	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70			

วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย STEMI

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = (A/B) x 100
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = (C/D) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
วิธีการประเมินผล :	1.รายงานผลการดำเนินงานในระบบที่กำหนด 2.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.

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	1. มีการสื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดหัวใจจัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายและระบบบริการโรคหลอดหัวใจระดับอำเภอ 2. เครือข่าย อสม. อสค. ให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนทั่วไป 3. มีการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยของประชาชนในพื้นที่ 4. มีฐานข้อมูลประชากรในพื้นที่

2 คะแนน	1. มีการสื่อสารส่งต่อข้อมูลประชาชนที่ได้รับการคัดกรองแก่ผู้ดูแลในแต่ละระดับ 2. มีกระบวนการกำกับติดตามเป้าหมายกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วทันเวลา (Mapping) 3. มีระบบการ Consult ในแต่ละระดับที่ชัดเจน (CPG , FLOW CHART)
3 คะแนน	1. มีระบบ FRAST track ที่นำสู่การปฏิบัติได้ 2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกด้านในหน่วยงาน 3. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย
4 คะแนน	1. ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของจังหวัด 2. บันทึกรายงานถูกต้องครบถ้วนตามเวลาที่กำหนด
5 คะแนน	ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายปรีชา ทองมูล ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 045 244801 โทรศัพท์มือถือ: 089-7228810 E-mail: p_thongmoon@yahoo.com 2.นางนาฏนภา ภูบุญคง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 045 244801 โทรศัพท์มือถือ: 093-6355559 E-mail: nardnapa195@gmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางนาฏนภา ภูบุญคง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 045 244801 โทรศัพท์มือถือ: 093-6355559 E-mail: nardnapa195@gmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 31	**ระดับความสำเร็จการดูแลผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**2 คะแนน**
คำนิยาม	**การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)** หมายถึง การบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ 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 ตามเกณฑ์การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F **Intermediate ward** คือ การให้บริการ Intensive IPD rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 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 กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรม ที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพรวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วยคนพิการ <u>หมายเหตุ</u> 1. โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อ และติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา 2. การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60 - I64
TBI	Traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภยันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069
SCI	Spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภยันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 – S14.1, S24.0 – S24.1, S34.0 – S34.1, S34.3
-	Fracture Hip (Fragility fracture)	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (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 ปี 2565 -2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80	-	-	-

<table>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>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.</td></tr>
<tr><td>ประชากร
กลุ่มเป้าหมาย</td><td>1. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด
2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมประเมินระดับจังหวัด และฐานข้อมูล HDC</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>โรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2 และ F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 <u>ที่ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20</u> ตามเกณฑ์การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย <u>ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20</u>
หมายเหตุ: การดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และเยี่ยมบ้าน</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>(A/B) × 100</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ตามรอบการตรวจราชการ (ไตรมาส 2 และ 4)</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานการจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานจากคณะกรรมการ Service Plan จังหวัด หรือผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล
รายงานจากการลงข้อมูล หรือข้อมูลจาก HDC
<table>
<tr><th>ลำดับที่</th><th>รายละเอียดการดำเนินการ</th><th>วิธีการประเมิน</th><th>หน่วยงานรับผิดชอบ</th></tr>
<tr><td>1.</td><td>มีระบบในการคัดกรองผู้ป่วย Stroke,TBI,SCI</td><td>1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง</td><td>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

			2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	
	2.	2.โรงพยาบาลมีทะเบียนผู้ป่วยคัดกรอง/รับส่งต่อเพื่อเข้ารับการบริบาลฟื้นสภาพแบบผู้ป่วยใน	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
	3.	3.โรงพยาบาลมีระบบบริบาลฟื้นสภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบแบบผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอกหรือแบบในชุมชน	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
	4.	1.โรงพยาบาลมีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริบาลฟื้นสภาพอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยในหรือแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบในชุมชน	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
	5.	มีเตียง/หอผู้ป่วยในการให้บริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่ได้มาตรฐาน	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
	6.	ผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมายได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจนBarthel index = 20 ตาม	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

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

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td></tr>
<tr><td>-</td><td>ร้อยละ</td><td>55.28</td><td>68.68</td><td>74.78*</td></tr>
</table>
ที่มา : HDC จังหวัดอุบลราชธานี
*หมายเหตุ: ข้อมูลจากผลตรวจราชการ รอบที่ 1 ปีงบ 2564 ณ 30 มิถุนายน 2564
</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดเก็บข้อมูลตามแบบรายงาน ควรรายงานการให้บริการทั้ง IMC bed และ IMC ward ทั้งจังหวัด เพื่อรวบรวมสำหรับรายงานเป็นตัวชี้วัดระดับเขตสุขภาพ
รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)
รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)</td></tr>
<tr><td colspan="2">
<table>
<tr><th>ค่าคะแนน</th><th>ความหมาย /เกณฑ์การวัด</th></tr>
<tr><td>1 คะแนน</td><td>1.มีระบบในการคัดกรองผู้ป่วย Stroke,TBI,SCI
2.โรงพยาบาลมีทะเบียนผู้ป่วยคัดกรอง/รับส่งต่อเพื่อเข้ารับการบริบาลฟื้นสภาพแบบผู้ป่วยใน
3.โรงพยาบาลมีระบบบริบาลฟื้นสภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบแบบผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอกหรือแบบในชุมชน</td></tr>
<tr><td>2 คะแนน</td><td>1.โรงพยาบาลมีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริบาลฟื้นสภาพอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยในหรือแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบในชุมชน
2.มีเครือข่าย อสม. ,อสค. ให้การดูแล
3.มีเตียง/หอผู้ป่วยในการให้บริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่ได้มาตรฐาน</td></tr>
<tr><td>3 คะแนน</td><td>1.ผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมายได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจนBarthel index = 20 ร้อยละ 10-39.99</td></tr>
<tr><td>4 คะแนน</td><td>1.ผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมายได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจนBarthel index = 20 ร้อยละ 40 -69.99</td></tr>
<tr><td>5 คะแนน</td><td>1.ผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมายได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจนBarthel index = 20 ร้อยละ 70 ขึ้นไป</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1. นายปรีชา ทองมูล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311
โทรศัพท์มือถือ : 08 9722 8810 E-mail : p_thongmon@yahoo.com
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
2.นางปภัสพร พันธ์จูม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311
โทรศัพท์มือถือ: 06 1426 5353 E-mail : paphatporn25071964@gmail.com
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</td></tr>
</table>

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางปภัสพร พันธ์จูม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ: 06 1426 5353 E-mail : paphatporn25071964@gmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 32	**ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1.5 คะแนน**
คำนิยาม	1. **องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์** หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และให้บริการด้านสาธารณสุขได้ 2. **การพัฒนาต่อยอด** หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม 3. **นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์** หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ผ่านกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด ซึ่งมีการใช้ประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว จำแนกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นการพัฒนาและนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมไปถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เช่น ชุดทดสอบ ชุดเครื่องมือ ผลิตภัณฑ์รักษาโรค ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น 2) นวัตกรรมบริการ (Service Innovation) เป็นการนำเสนอบริการใหม่ที่เกิดจากการสร้างขึ้นใหม่ หรือปรับปรุงสิ่งเดิม เช่น Test Service การทดสอบความชำนาญ OECD GLP ขอการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น 3) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทาง หรือวิธีการผลิตสินค้า หรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิม ด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยี กระบวนการ และเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการ

ประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงานโดยรวมให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงขึ้น เช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนา กระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น

4) นวัตกรรมการจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้ความทางด้านการบริหารจัดการมาปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กร สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น Model Development การใช้ระบบ QR Code การพัฒนาระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

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

4. **การผลิต** หมายถึง การนำเอาปัจจัยการผลิตมาผ่านกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งภายใต้เทคโนโลยีระดับหนึ่งผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ หรือประโยชน์ทางเศรษฐกิจ
5. **การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์** หมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้
   1) การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจชันสูตร การใช้อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น
   2) การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหยเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค เป็นต้น
   3) การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น
6. **ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์** หมายถึง ระบบบริหารจัดการองค์ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ทำหน้าที่ในการจัดเก็บ

	ข้อมูลองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยี ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5

วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด ด้านสุขภาพในหน่วยงาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขใน กลุ่มงาน/งาน/ศูนย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สสช./ศสม./PCC/PCU ในจังหวัดอุบลราชธานี ทั้ง 25 อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. แจงนับผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ด้านสุขภาพที่ผลิตโดย 1.1 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม เข้ารับเผยแพร่ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงานในเขตสุขภาพ 1.2 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม เข้ารับเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข และวารสารวิชาการสาธารณสุขอุบลราชธานี 1.3 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมนำเสนองานวิชาการระดับจังหวัด เขต และกระทรวง 1.4 ผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ด้านสุขภาพที่ผ่านการอ่านทบทวนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และบรรณาธิการวารสารวิชาการต่างๆ ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่
แหล่งข้อมูล	1. สรุปผลงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีประจำปี 2564 2. สรุปผลการดำเนินงานสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับประจำปี 2564
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (เดือนกันยายน)

วิธีการประเมินผล :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีการวางแผน	- มีการดำเนินการ	- มีการควบคุมกำกับติดตามงาน	- มีการรายงานผลการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (1 เรื่อง)

การจัดทำนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ -ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรมสุขภาพ - มีการคัดเลือกการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (1 เรื่อง) - มีแผนปฏิบัติการประจำปี 2565 - มีแผนงบประมาณในการทำนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ	ตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้นวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - รูปภาพกิจกรรม	-รายงานความก้าวหน้าการจัดทำนวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน - มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	- มีรายงานผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านสุขภาพ ประจำปีอย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง - มีการเผยแพร่องค์ความรู้ http://www.kmmoph.com / www.ubonhealthnews.com - มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานนวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - เผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการระดับจังหวัดขึ้นไป

เอกสารสนับสนุน :	1. เว็ปไซต์ http://www.thailand.digitaljournals.org ในกรณีที่ผลงานนวัตกรรม/วิจัย/R2R ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุข / เว็ปไซต์ กลุ่มงานสนับสนุนบริการสุขภาพ http://www.ubonhealthnews.com 2. ผลงานที่เป็นต้นฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการพิจารณาว่าเหมาะสมจากบรรณาธิการ ซึ่งพร้อมที่จะเผยแพร่ 3. เอกสารนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) ที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ (Journal) ในระดับชาติหรือนานาชาติ 4. บทคัดย่อผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในงานประชุมวิชาการระดับจังหวัด / เขต / กระทรวงสาธารณสุขประจำปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ผลงานวิจัย/R2Rด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาและนำไปถ่ายทอดเผยแพร่	ผลงาน (เรื่อง)	**234**	**215**	**234**

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) **รอบที่ 2** (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ระดับ ความสำเร็จ 1	ระดับ ความสำเร็จ 2	ระดับ ความสำเร็จ 3	ระดับ ความสำเร็จ 4	ระดับ ความสำเร็จ 5
1 คะแนน	**2 คะแนน**	**3 คะแนน**	**4 คะแนน**	**5 คะแนน**
- มีการวางแผนนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ -มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรมสุขภาพ - มีการคัดเลือกการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (อย่างน้อย 1 เรื่อง) - มีแผนปฏิบัติการประจำปี - มีแผนงบประมาณในการทำนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ	- มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม	- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้นวัตกรรม /วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - มีรูปภาพกิจกรรมการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประกอบ	- มีการควบคุมกำกับติดตามงาน -มีรายงานความก้าวหน้าการจัดทำนวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน - มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	- มีการรายงานผลการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (อย่างน้อย 1 เรื่อง) - มีรายงานผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ด้านสุขภาพ ประจำปี อย่างน้อยอำเภอละ 5เรื่อง - มีการเผยแพร่องค์ความรู้ http://www.kmmoph.com / www.ubonhealthnews.com - มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการคิดค้นนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - เผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการระดับจังหวัดขึ้นไป อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายปรีชา ทองมูล ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1141 โทรศัพท์มือถือ : 089-7228810 โทรสาร : 045-241918 2. นางสาวนิฤมล กมุทชาติ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1141 โทรศัพท์มือถือ : 095-6168160 โทรสาร : 045-241918 E-mail : Nirumon7@gmail.com 3. นายวิษณุ สุภศร ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1141 โทรศัพท์มือถือ : 081-5478735 โทรสาร : 045-241918 E-mail : sm12_pop@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นางสาวนิฤมล กมุทชาติ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1141 โทรศัพท์มือถือ : 095-6168160 โทรสาร : 045-241918 E-mail : Nirumon7@gmail.com 2.นายวิษณุ สุภศร ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1141 โทรศัพท์มือถือ : 081-5478735 โทรสาร : 045-241918 E-mail : sm12_pop@hotmail.com

ตัวชี้วัด R 33	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานธรรมนูญสู้โควิด 19
ค่าเป้าหมายปี 2565	ความสำเร็จระดับ 5
ค่าถ่วงน้ำหนัก	1.5 คะแนน
คำนิยาม	**ธรรมนูญสู้โควิด 19** หมายถึง การดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ขับเคลื่อนประเด็น การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคโควิด 19 โดยใช้เครื่องมือ ธรรมนูญสุขภาพ พร้อมมีการเชื่อมโยง กลไก การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมี ขั้นตอนธรรมนูญสู้โควิด19 (7 หา) ดังนี้ **1) การสร้างความเข้าใจ (หาคน)** เป็นขั้นตอนเริ่มต้น ด้วย ทำความเข้าใจให้ประชาชนในพื้นที่เข้าใจ เกี่ยวกับธรรมนูญ หมายถึงอะไร มีประโยชน์ อย่างไร และขั้นตอนการดำเนินงานอย่างไร รวมทั้ง เชิญชวนให้ประชาชน จัดทำธรรมนูญในด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคโควิด19 หรือ อาจเรียกว่า ธรรมนูญสู้โควิด19 เป็นการหาฉันทานุมัติ พร้อมทั้ง แกนนำ ที่จะมาช่วยกันขับเคลื่อน อาทิ นายกเทศบาล/อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พระ ครู ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้าราชการเกษียณ ที่จะเป็นผู้ช่วยในการขับเคลื่อนต่อไป **2) การจัดตั้งกลไก (หาทีม)** เมื่อมีการสร้างความเข้าใจ เกิดฉันทามติ ที่จะจัดทำธรรมนูญแล้ว พร้อม สรรหาแกนนำ ที่จะมาขับเคลื่อนแล้ว จะได้เครือข่าย ทีมงานโดยอัตโนมัติ กล่าวคือ หาก ทีม อปท. นายก ท่านเห็นด้วย ก็จะได้ทีม เครือข่าย ท้องถิ่น ตั้งแต่รองนายก ปลัด หน.ส่วนใน อบต. หรือ เทศบาล ส่วนทีมท้องที่ก็จะได้ เครือข่าย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น ส่วนทีม ส่วนราชการ โรงเรียน ผู้อำนวยการ ท่านเห็นด้วย กำลังคน ครู นักเรียน ทั้งโรงเรียน ก็พร้อมจะขับเคลื่อนกับเรา ส่วน วัด เจ้าอาวาส ท่านสนับสนุน พระ เณร มรรคทายก ก็พร้อมจะช่วยเหลือ หนุนเสริม รวมทั้ง รพ.สต. จนท.สาธารณสุข รวมทั้ง อสม. ที่เป็น ฐานหลัก ในการดำเนินงาน ในด้านการจัดตั้ง กลไก โครงสร้าง เช่น 1. ทีมหรือ คณะอำนวยการ 2. ทีมยกร่างธรรมนูญ 3. ทีมประชาคม 4. ทีมติดตามประเมินผล เป็นโครงสร้าง เบื้องต้น แล้วแต่ตำบล จะไปพัฒนาให้เหมาะสม ตามบริบทพื้นที่ อาจมากกว่า นี้ แต่ไม่ควรน้อยกว่านี้ **3) การกำหนดประเด็นขับเคลื่อน (หาเรื่อง)** ในการดำเนินการธรรมนูญนี้ ได้กำหนดประเด็น เป็น การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคโควิด19 หรือ ธรรมนูญสู้โควิด19 จึงไม่จำเป็นหาประเด็นอีก หรือ อยากมีประเด็นเพิ่มเติมก็สามารถดำเนินการได้ แต่ในระยะแรกในการทำธรรมนูญ เรายังไม่มีประสบการณ์ เสนอให้ทำประเด็นเดียวคือ โควิด19 ก่อน ในปีต่อไป หากมีความมั่นใจแล้ว ค่อยขยับไปเรื่องต่อไป **4) การยกร่างธรรมนูญ(หาร่าง)** เมื่อได้ประเด็นแล้ว เช่น ธรรมนูญสู้โควิด19 ก็นำมากำหนดแนวทาง หรือ ข้อบังคับ ให้ประชาชนได้ปฏิบัติตาม หรือ ห้ามประชาชนปฏิบัติ เช่น

	เมื่อประชาชนออกจากบ้านหรือที่พัก ต้องสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง ทำเป็นข้อๆ หากมีจำนวนมาก อาจรวมเป็น หมวดๆ เช่น หมวดที่ 1 การสร้างความเข้าใจกับประชาชน หมวดที่ 2 การรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด19 หมวดที่ 3 การจัดการสิ่งแวดล้อม ขยะติดเชื้อที่เกิดจากโรคโควิด19 หมวดที่ 4 การจัดหาที่กักตัวของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงในชุมชน หรือ ในหมู่บ้าน หมวดที่ 5 การบูรณาการทีมธรรมนูญกับ CCRT หรือ อื่นๆ ตามที่ประชุมเห็นว่าเหมาะสม **5) การประชาคมธรรมนูญ (หาประชาคม)** เพื่อให้ชาวบ้าน ได้แสดงความคิดเห็นและให้ที่ประชุมพิจารณา กลไก ดำเนินการ ให้ ทีมประชาคม ไปดำเนินการ ส่วนใหญ่ ทีมประชาคม เป็นผู้ใหญ่บ้าน นำกับไปประชุมชาวบ้าน หรือ ประชาคม ให้มีจำนวนมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และจำนวนครั้งการประชาคม ก็ไม่ตายตัวว่าเท่าไหร่ สำคัญ จนชาวบ้านส่วนใหญ่ จะยอมรับ แล้ว ส่งข้อมูล ให้ คณะกรรมการอำนวยการ สรุปผล หากเห็นชอบ ก็จะหาวันประกาศใช้ธรรมนูญ ต่อไป แต่ หากยังไม่เรียบร้อย ก็ต้องลงไปประชาคมใหม่ จนชุมชนเข้าใจ ยอมรับ **6) การประกาศใช้ธรรมนูญ(หาวันประกาศ)** **7) การติดตามและประเมินผล (หาวันติดตามประเมินผล)**

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
50 ตำบล 25 อำเภอๆละ 2 ตำบล	100 ตำบล 25 อำเภอๆละ 4 ตำบล	ทุกตำบลที่เหลือ ใน 25อำเภอ /อำเภอที่ตำบลประกาศครบทุกแห่งให้ยกระดับเป็นอำเภอธรรมนูญสู้โควิด19	ธรรมนูญอำเภอ สู้โควิด19 อำเภอนำร่องโซนละ 2 อำเภอ 8 อำเภอ	ธรรมนูญอำเภอ สู้โควิด19 อำเภอที่เหลือทุกแห่ง	ธรรมนูญจังหวัดสู้โควิด19

วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ขับเคลื่อนประเด็น การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคโควิด19 โดยใช้เครื่องมือ ธรรมนูญสุขภาพ พร้อมมีการเชื่อมโยง กลไก การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ตำบล ใน 25 อำเภอ ในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีทั้งหมด 219 ตำบล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ให้ สนง.สาธารณสุขอำเภอ จัดส่งรายงานการขับเคลื่อนธรรมนูญสู้โควิด19 (เดือนละ1 ครั้ง)
แหล่งข้อมูล	1.รายงานข้อมูลธรรมนูญตำบลสู้โควิดในระบบ Google form 2.รายงานการขับเคลื่อนตำบลจัดการใน www.thaiphc.net 3.รายงานตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด19
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสละ 1 ครั้ง

รายการข้อมูลที่ 1	A=จำนวนตำบลกลุ่มเป้าหมายที่มีการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยใช้ธรรมนูญสู้โควิด19 เป็นเครื่องมือ และมีการประกาศใช้ธรรมนูญสู้โควิด19 (ดำเนินการสำเร็จ)
รายการข้อมูลที่ 2	B=จำนวนตำบลกลุ่มเป้าหมายที่มีการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยใช้ธรรมนูญสู้โควิด19 เป็นเครื่องมือ
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100

วิธีการประเมินผล :

1.การรายงานการขับเคลื่อนธรรมนูญสู้โควิด19 (ประเมินตนเอง)

2.การออกประเมินในพื้นที่

3.รายงานอื่นๆประกอบ การถอดบทเรียน/รายชื่อตำบลที่จะขยายในปีต่อไป/การจัดทำแผนยกระดับในปีต่อไป

เอกสารสนับสนุน

คู่มือการขับเคลื่อนตำบลจัดการคุณภาพชีวิตและคู่มือการขับเคลื่อนธรรมนูญ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ธรรมนูญสุขภาพตำบลสู้โควิด19	ตำบล	-	1	1

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
ขั้นที่ 1 (1 คะแนน)	1) มีการสร้างความเข้าใจ (หาคน) 2) มีการจัดตั้งกลไก (หาทีม) พร้อม บูรณาการกับทีม CCRT ตำบล และรายงานการขับเคลื่อนตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ใน www.thaiphc.net /รายงานตำบลวิถีชีวิตใหม่ปลอดภัยจากโควิด19
ขั้นที่ 2 (1 คะแนน)	ดำเนินการขั้นที่ 1 และ 3) การกำหนดประเด็นขับเคลื่อน (หาเรื่อง) ในที่นี้ เราได้ประเด็น สู้โรคโควิด19 4) การยกร่างธรรมนูญ (หาร่าง)
ขั้นที่ 3 (1 คะแนน)	ดำเนินการขั้นที่ 2 และ 5) การประชาคมธรรมนูญ (หาประชาคม)
ขั้นที่ 4 (1 คะแนน)	ดำเนินการขั้นที่ 3 และ 6) การประกาศใช้ธรรมนูญ (หาวันประกาศ)
ขั้นที่ 5 (1 คะแนน)	ดำเนินการขั้นที่ 4 และ 7) การติดตามและประเมินผล (หาวันติดตามประเมินผล) -มีการสรุปผลการติดตามประเมินผล -มีการถอดบทเรียน -มีการขยายพื้นที่ตำบล เป้าหมาย 1:2 ในปีต่อไป -มีการจัดทำแผนยกระดับปีตอไป

การประเมินผล ปี 2565

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมิน Ranking
1 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1
2 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1, 2
3 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1, 2, 3
4 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1, 2, 3, 4
5 คะแนน	สำเร็จทั้ง 5 ขั้น

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายปรีชา ทองมูล ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1141 โทรศัพท์มือถือ : 089-7228810 โทรสาร : 045-241918 2. นายวิชิต พุ่มจันทร์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1141 โทรศัพท์มือถือ : 095-8239570 โทรสาร : 045-241918 E-mail : Theppum3@gmail.com 3. นายสมบัติ ขัดโพธิ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1141 โทรศัพท์มือถือ : 083-4294293 โทรสาร : 045-241918E-mail : sombatkudpho32@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นายวิชิต พุ่มจันทร์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1141 โทรศัพท์มือถือ : 095-8239570 โทรสาร : 045-241918 E-mail : Theppum3@gmail.com 2. นายสมบัติ ขัดโพธิ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1141 โทรศัพท์มือถือ : 083-4294293 โทรสาร : 045-241918E-mail : sombatkudpho32@gmail.com

ตัวชี้วัด R 34	**ระดับความสำเร็จของอำเภอที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน**
ตัวชี้วัดย่อย R34.1	**ร้อยละของเหตุการณ์การระบาดผู้ป่วยCOVID19 ที่สามารถควบคุมโรคให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน (ร้อยละ 100) (ค่าถ่วงน้ำหนัก 1.5 คะแนน)**
ตัวชี้วัดย่อย R34.2	**ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 กลุ่มเป้าหมายหลัก เข็ม 1 และเข็ม 2 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)** **34.2.1 เข็ม 1 (ค่าถ่วงน้ำหนัก 0.5 คะแนน)** **34.2.2 เข็ม 2 (ค่าถ่วงน้ำหนัก 1 คะแนน)**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**3 คะแนน**
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 หลังจากนั้นไม่พบผู้ป่วยยืนยันรายใหม่เกิดขึ้น **3. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019** หมายถึง ประชากรทั้งชาวไทยในเขตพื้นที่รับผิดชอบตามทะเบียนราษฎร์ ของแต่ละอำเภอ ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2019 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 **หมายเหตุ :** อำเภอสามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกเหตุการณ์ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน โดยดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (House Model) ประเด็น เพิ่มศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคโควิด 19

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ชื่อตัวชี้วัด	2565	2566	2567	2568	2569	2570
1.ร้อยละของCase ผู้ป่วยCOVID19 ตาม Cluster ที่สามารถควบคุมโรคให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	
2.ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 กลุ่มเป้าหมายหลัก (เข็ม 1)	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 75	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 85	≥ร้อยละ 90	
3.ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 กลุ่มเป้าหมายหลัก (เข็ม 2)	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 75	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 85	≥ร้อยละ 90	

วัตถุประสงค์	เพื่อให้อำเภอมีความพร้อมรับมือการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อให้ประชาชนได้รับภูมิคุ้มกันโรค โดยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทะเบียนราษฎรของ 25 อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	**งานระบาดวิทยา สสจ.อุบลราชธานี และกรมควบคุมโรค : กองระบาดวิทยา** จำนวนอำเภอที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจำนวนอำเภอที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ภายใน 21 - 28 วัน (ฐานข้อมูล DDC COVID-19 กรมควบคุมโรค และทะเบียนผู้ป่วยโควิด จ.อุบลราชธานี) **ข้อมูลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2019** (โปรแกรม MOPH-IC) ประมวลผลตามรอบการประเมิน รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)
แหล่งข้อมูล	**งานระบาดวิทยา สสจ.อุบลราชธานี และกรมควบคุมโรค : กองระบาดวิทยา** ใช้แหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยโควิด จ.อุบลราชธานี และข้อมูลจาก DDC COVID-19 กรมควบคุมโรค **โปรแกรมวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2019 MOPH-IC**
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเหตุการณ์ ที่สามารถควบคุมจำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า2019 ให้สงบได้ ภายใน 21-28 วัน (หน่วยนับ Event)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ที่ได้รับแจ้งทั้งหมด (หน่วยนับ Event)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละจำนวนเหตุการณ์ที่ได้รับการควบคุมโรคให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน = (A/B) x 100
รายการข้อมูล 3	C1= จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2019 ข้อมูลจากโปรแกรม MOPH-IC (เข็มที่ 1)
รายการข้อมูล 4	D1= จำนวนประชากรจากทะเบียนราษฎร์
รายการข้อมูล 5	C2= จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2019 ข้อมูลจากโปรแกรม MOPH-IC (เข็มที่ 2)
รายการข้อมูล 6	D2= จำนวนประชากรจากทะเบียนราษฎร์
หมายเหตุ	กลุ่มเป้าหมายฉีดวัคซีน (ทุกกลุ่มที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายหลักที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2019 (เข็มที่ 1) **= (C1/D1) x 100** ร้อยละจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายหลักที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2019 (เข็มที่ 2) **= (C2/D2) x 100**
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 1 – 4

วิธีการประเมินผล :	ตรวจสอบจำนวนอำเภอที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจำนวนจังหวัดสามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน จากฐานข้อมูล DDC COVID-19 กรมควบคุมโรค/ ทะเบียนผู้ป่วย สสจ.อุบลราชธานี **หมายเหตุ :** อำเภอไม่พบเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ถือว่าสามารถดำเนินการตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคได้ดี ทำให้ไม่เกิดเหตุการณ์การระบาดภายในอำเภอ -**ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2019** (แยกประเมินเข็ม 1 และเข็ม2) คิดได้จากกลุ่มเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขระบุไว้ (เป้าหมายตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด) จากระบบ MOPH-IC (ผู้รับผิดชอบงานวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2019 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน	จำนวนอำเภอ	-	-	ร้อยละ 96
ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2019 (กลุ่มเป้าหมายที่กระทรวงระบุไว้)	ร้อยละ	(ตัวชี้วัดใหม่)		

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 - 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ผลงานการควบคุมโรคไวรัสโคโรน่า 2019

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ร้อยละของ เหตุการณ์ ที่ควบคุมได้ ร้อยละ 75 -79
2 คะแนน	ร้อยละของ เหตุการณ์ ที่ควบคุมได้ ร้อยละ 80 -84
3 คะแนน	ร้อยละของ เหตุการณ์ ที่ควบคุมได้ ร้อยละ 85 -89
4 คะแนน	ร้อยละของ เหตุการณ์ ที่ควบคุมได้ ร้อยละ 90 -95
5 คะแนน	ร้อยละของ เหตุการณ์ ที่ควบคุมได้ มากกว่าร้อยละ 95

ผลงานการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2019 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)
ประเมินเข็มที่ 1 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70) (ค่าถ่วงน้ำหนัก 0.5 คะแนน)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ร้อยละของการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2 เข็มขึ้นไป ร้อยละ 50-54.99
2 คะแนน	ร้อยละของการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2 เข็มขึ้นไป ร้อยละ 55-59.99
3 คะแนน	ร้อยละของการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2 เข็มขึ้นไป ร้อยละ 60-64.99
4 คะแนน	ร้อยละของการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2 เข็มขึ้นไป ร้อยละ 65-69.99
5 คะแนน	ร้อยละของการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2 เข็มขึ้นไปมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ70

ผลงานการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2019 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)
ประเมินเข็มที่ 2 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70) (ค่าถ่วงน้ำหนัก 1 คะแนน)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ร้อยละของการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2 เข็มขึ้นไป ร้อยละ 50-54.99
2 คะแนน	ร้อยละของการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2 เข็มขึ้นไป ร้อยละ 55-59.99
3 คะแนน	ร้อยละของการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2 เข็มขึ้นไป ร้อยละ 60-64.99
4 คะแนน	ร้อยละของการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2 เข็มขึ้นไป ร้อยละ 65-69.99
5 คะแนน	ร้อยละของการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรน่า 2 เข็มขึ้นไปมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ70

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ดร. วิโรจน์ เซมรัมย์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ : 090 – 298-9181 2. นายประพนธ์ บุญไชย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 255713 โทรศัพท์มือถือ : 094 – 263-1616 3. นางสาวผ่องนภา พันธ์พิพัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 097-3420667
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวผ่องนภา พันธ์พิพัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 097-3420667
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายประพนธ์ บุญไชย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 255713 โทรศัพท์มือถือ : 094 – 263-1616

ตัวชี้วัด R 35	**ระดับความสำเร็จการรักษา/ควบคุม/ป้องกันวัณโรค**
ตัวชี้วัดย่อย R 35.1	**อัตราความความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ร้อยละ 88**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**ความสำเร็จการรักษา** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ **1.1 รักษาหาย (Cured)** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรค ทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษาและต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ อย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้าย ของการรักษา **1.2 รักษาครบ (Treatment Completed)** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดย ไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลวซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสาร ที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษาทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะ อย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาเป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88

วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัยป้องกันดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ 2.เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัยป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่คือผู้ป่วย วัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม –ธันวาคม 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทยผู้ป่วยไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม –ธันวาคม2564) สูตรคำนวณ = (A/B) x 100 A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม–ธันวาคม 2564) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2565 หมายเหตุ* ในการประเมินรอบที่ 1 (ผลการรักษาหาย+รักษาครบ+กำลังรักษา) **ในการประเมินรอบที่ 2 (ผลการรักษาหาย+รักษาครบ) B = จำนวนผู้ป่วย

	วัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2564) **เงื่อนไขการคำนวณ** 1.การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคไม่นับรวม 1.1 ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2564) 1.2 ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2564) 2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือพบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค 3. พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรคคือพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่13 หรือกรุงเทพมหานครเนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลายมีความจำเพาะซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรค และแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการทุกไตรมาส รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2564 – 31 สิงหาคม 2565)
วิธีการประเมินผล :	ประมวลผลจากโปรแกรม NTIP
เอกสารสนับสนุน :	1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. ทะเบียน Registerหรือแบบฟอร์ม TB08 3.โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นรายหน่วยบริการ เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม –ธันวาคม 2564) และมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 75
2 คะแนน	ร้อยละ 75-79.99

3 คะแนน	ร้อยละ 80-84.99
4 คะแนน	ร้อยละ 85-87.99
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 88

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายวิโรจน์ เซมรัมย์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ 085-315-9081 2.นายกฤศวิสุทธิ์ ธีวสุเกิดมงคล ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 081-660-2936
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายกฤศวิสุทธิ์ ธีวสุเกิดมงคล ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 081-660-2936
ตัวชี้วัดย่อย R 35.2	**อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ร้อยละ 88**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**การประเมินอัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ** (TB Treatment Coverage rate) คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564 –30 กันยายน 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทยผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และ ผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ โรงพยาบาลเอกชน

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88

วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัยป้องกันดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ 2.เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัยป้องกันดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	การประเมินอัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage rate) คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564–30 กันยายน 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทยผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และ ผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)

แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราการครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage rate) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564–30 กันยายน 2565) **สูตรคำนวณ = (A/B) x 100** A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565) B = จำนวนคาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565) คิดจากอัตรา 153 ต่อประชากรแสนคน
ระยะเวลาประเมินผล	**รอบที่ 1** (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) **รอบที่ 2** (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)
วิธีการประเมินผล :	โปรแกรม NTIP ตรวจสอบเชิงปริมาณ
เอกสารสนับสนุน :	1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. ทะเบียน Registerหรือแบบฟอร์ม TB08 3.โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

อัตราการครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำแยกเป็นรายหน่วยบริการ เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการครอบคลุมการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage rate) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 35
2 คะแนน	ระหว่าง ร้อยละ 35 – 50.99
3 คะแนน	ระหว่าง ร้อยละ 51 – 66.99
4 คะแนน	ระหว่าง ร้อยละ 67 – 87.99
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 88

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายวิโรจน์ เซมรัมย์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ 085-315-9081 2.นายกฤศวิสุทธิ์ ธีวสุเกิดมงคล ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 081-660-2936

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายกฤศวิสุทธิ์ ธีวสุเกิดมงคล ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 081-660-2936
ตัวชี้วัดย่อย R 35.3	**อัตราการขาดการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**<ร้อยละ 1**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**การประเมินอัตราการขาดการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** คือ ผู้ป่วย วัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม –ธันวาคม 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทยผู้ป่วยไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่รวม โรงพยาบาลเอกชน **การขาดการรักษา** หมายถึง จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดการรักษาติดต่อกันนานเกิน 2 เดือน

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
น้อยกว่าร้อยละ 1	น้อยกว่าร้อยละ 1	น้อยกว่าร้อยละ 1	น้อยกว่าร้อยละ 1	น้อยกว่าร้อยละ 1	น้อยกว่าร้อยละ 1

วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัยป้องกันดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ 2.เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัยป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทยผู้ป่วยไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราการขาดการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม –ธันวาคม2564) **สูตรคำนวณ = (A/B) x 100** A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือน ตุลาคม–ธันวาคม 2564) ที่ขาดการรักษาติดต่อกันนานเกิน 2 เดือน โดยครบรอบรายงานผลการรักษา วันที่ 30 กันยายน 2565 B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือน ตุลาคม –ธันวาคม 2564) **เงื่อนไขการคำนวณ**

	1. การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคไม่นับรวม 1.1 ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2564) 1.2 ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (ตั้งแต่ ตุลาคม-ธันวาคม 2564) 2.กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือพบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ใน ตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค 3.พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรคคือพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานครเนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลายมีความจำเพาะซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดย สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรคและแผนงานป้องกัน ควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่
ระยะเวลาประเมินผล	**รอบที่ 1** (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) **รอบที่ 2** (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)
วิธีการประเมินผล :	โปรแกรม NTIP
เอกสารสนับสนุน :	1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. ทะเบียน Register หรือแบบฟอร์ม TB08 3.โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

อัตราการขาดการรักษา แยกรายหน่วยบริการ เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการขาดการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม –ธันวาคม 2564)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 7.00
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 5.01 – 7.00
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 3.01 – 5.00
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 1.01 – 3.00
5 คะแนน	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 1

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายวิโรจน์ เซมรัมย์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ 085-315-9081 2.นายกฤศวิสุทธิ์ ธีวสุเกิดมงคล ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 081-660-2936
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายกฤศวิสุทธิ์ ธีวสุเกิดมงคล ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 081-660-2936
ตัวชี้วัดย่อย R 35.4	**อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายรังสีทรวงอก**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ร้อยละ 90**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง** **กลุ่มเสี่ยง** หมายถึง กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มีโอกาสได้รับเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้ ได้แก่ **1.กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค/วัณโรคดื้อยาหลายขนาน** หมายถึง (1) ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งเสมหะพบเชื้อและเสมหะไม่พบเชื้อ (2) ผู้สัมผัสโรคร่วมที่ทำงาน ระยะเวลาติดต่อกัน 8 ชั่วโมง/วัน หรือ 120 ชม./1ด. **2. กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์** หมายถึง ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ทุกราย ที่มารับบริการในหน่วยบริการ กลุ่มผู้ต้องขัง **3. กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ** หมายถึง ผู้ต้องขังที่ได้รับการตัดสินต้องโทษทุกรายในเรือนจำกลางอุบลราชธานี **4.กลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข** หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยทุกระดับ (กรณีที่หน่วยงาน ตรวจสุขภาพช่วง ไตรมาส 4 ปีงบประมาณ 2564 สามารถนำมา บันทึกผลการตรวจ CXR ใน ปี 2564) **5.กลุ่มผู้สูงอายุ ≥ 65 ปีขึ้นไป** หมายถึง (1) ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม โรคเบาหวาน HbA1c < 7 (2) ค่าไต GFR ≥30 (เป้าหมายไม่ซ้ำกับกลุ่มเสี่ยง DM NCD) **6. กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน** หมายถึง (1) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า HbA1c ≥ 8 (ผลการการตรวจ 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) ผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และ โรคหัวใจที่กำลังรักษา **8. กลุ่มผู้ป่วยต่างด้าว/ไร้สิทธิ์** หมายถึง แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนซื้อบัตรประกันสุขภาพ

	9.หมู่บ้านเสี่ยงสูงที่พบผู้ป่วยวัณโรคปอดในปี 2564 ≥ 2 รายขึ้นไป หรือหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ในพื้นที่ 5 ปีย้อนหลัง

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัยป้องกันดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ 2.เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัยป้องกันดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	การประเมินการอัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอกกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ทั้ง 8 กลุ่มเป้าหมาย ที่มีในฐานข้อมูลของหน่วยบริการในอำเภอนั้นๆ โดยใช้ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2564
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก **สูตรคำนวณ = (A/B) x 100** A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองวัณโรคโดยการ CXR B = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงของแต่ละกลุ่ม ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2564
ระยะเวลาประเมินผล	**รอบที่ 1** (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) **รอบที่ 2** (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)
วิธีการประเมินผล :	โปรแกรม NTIP
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. ทะเบียน Registerหรือแบบฟอร์ม TB08 3. โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก แยกรายหน่วยบริการ เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงแต่ละกลุ่มและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ตามนิยาม

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 60
2 คะแนน	ร้อยละ 60.00 – 69.99
3 คะแนน	ร้อยละ 70.00 – 79.99
4 คะแนน	ร้อยละ 80.00 – 89.99
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายวิโรจน์ เซมรัมย์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ 085-315-9081 2.นายกฤศวิสุทธิ์ ธีวสุเกิดมงคล ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 081-660-2936
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายกฤศวิสุทธิ์ ธีวสุเกิดมงคล ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 081-660-2936
ตัวชี้วัดย่อย R 35.5	**อัตราการรักษาวัณโรคในสูตรพื้นฐานเกินระยะเวลาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**น้อยกว่าร้อยละ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**การรักษาวัณโรคในสูตรพื้นฐานเกินระยะเวลาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** หมายถึง การ รักษาวัณโรคในสูตรพื้นฐาน ระยะเวลาในการรักษา 6-9 เดือน (เริ่มนับจากวันที่เริ่มรับการรักษา กำหนดการรักษาสูตรพื้นฐาน 6 เดือน อีก 3 เดือนในกรณีมีอาการข้างเคียงกับการใช้ยา) **หน่วยงานที่ดำเนินการ** ประกอบด้วยโรงพยาบาลทุกแห่งในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี **ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค** หมายถึง โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
น้อยกว่าร้อยละ5	น้อยกว่าร้อยละ5	น้อยกว่าร้อยละ5	น้อยกว่าร้อยละ5	น้อยกว่าร้อยละ5	น้อยกว่าร้อยละ5

วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัยป้องกันดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ 2.เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัยป้องกันดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อัตราการรักษาวัณโรคในสูตรพื้นฐานเกินระยะเวลาของผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ คือผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทยผู้ป่วยไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราการรักษาวัณโรคในสูตรพื้นฐานเกินระยะเวลาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม –ธันวาคม64) **สูตรคำนวณ = (A/B) x 100** A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม–ธันวาคม 2564) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) หรือกำลังรักษาที่มีระยะเวลา มากกว่า 9 เดือน หรือ 270 วัน หมายเหตุ* ในการประเมินรอบที่ 1 (จากการประมาณการณ์การรักษาตามระยะเวลา) **ในการประเมินรอบที่ 2 (ผลการรักษาที่มากกว่า 9 เดือนหรือ 270วัน) B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม –ธันวาคม 2564) **เงื่อนไขการคำนวณ** 1.การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคไม่นับรวม 1.1 ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่1 ของปีงบประมาณ 2565 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2564) 1.2 ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่1 ของปีงบประมาณ 2565 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2564) 2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือพบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค 3. พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรคคือพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่13 หรือกรุงเทพมหานครเนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลายมีความจำเพาะซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรค และแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่
ระยะเวลาประเมินผล	**รอบที่ 1** (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) **รอบที่ 2** (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

วิธีการประเมินผล :	โปรแกรม NTIP
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. ทะเบียน Registerหรือแบบฟอร์ม TB08 3.โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

อัตราการรักษาวัณโรคในสูตรพื้นฐานเกินระยะเวลาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการรักษาวัณโรคในสูตรพื้นฐานเกินระยะเวลาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม –ธันวาคม 2564)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8
2 คะแนน	ร้อยละ 7.00 – 7.99
3 คะแนน	ร้อยละ 6.00 – 6.99
4 คะแนน	ร้อยละ 5.00 – 5.99
5 คะแนน	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายวิโรจน์ เซมรัมย์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ 085-315-9081 2.นายกฤศวิสุทธิ์ ธีวสุเกิดมงคล ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 081-660-2936
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายกฤศวิสุทธิ์ ธีวสุเกิดมงคล ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 081-660-2936

ตัวชี้วัด R 36	มาตรฐานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาสำหรับหน่วยงาน (การรายงาน 506)
ค่าเป้าหมายปี 2565	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85
ค่าถ่วงน้ำหนัก	0.5 คะแนน
คำนิยาม	**การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา** 1. คุณภาพของการส่งรายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวัง (รง.506) 1.1. จำนวนผู้ป่วยรายสัปดาห์ จำแนกตามสัปดาห์ที่มารับรักษา ปีงบประมาณ 2565 (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565) 1.2. ความสม่ำเสมอในการส่งรายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวัง (รง.506) จากศูนย์ระบาดอำเภอถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนดให้ส่งสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (วันจันทร์ วันพุธ และ วันศุกร์) 1.3. ความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานกำหนดให้ – โรงพยาบาลศูนย์ส่งรายงานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวนผู้ป่วยที่รายงาน ในแต่ละสัปดาห์ไม่ต่ำกว่า 50 ราย - โรงพยาบาลทั่วไปส่งรายงานสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนผู้ป่วยที่รายงานในแต่ละสัปดาห์ไม่ต่ำกว่า 30 ราย - โรงพยาบาลชุมชนส่งรายงานสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนผู้ป่วยที่รายงานในแต่ละสัปดาห์ไม่ต่ำกว่า 5 ราย – โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งรายงานสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวนผู้ป่วยที่รายงานในแต่ละสัปดาห์ไม่ต่ำกว่า 3 ราย (สามารถรายงานเป็น ZERO REPORT ได้ติดกันไม่เกิน 2 สัปดาห์) **เงื่อนไขความสำเร็จ** 1. ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอรวบรวมข้อมูลและส่งตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรครายเดือนทั้งระดับอำเภอตำบล อำเภอ ตามหลักระบาดวิทยา จัดทำ Epidemic curve และ Spot map รายหมู่บ้าน เสนอผู้บริหารทุกเดือน

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85

วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อและสร้างระบบให้มีความยั่งยืน มีคุณภาพ สามารถตอบโต้สถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ข้อมูลหมู่บ้านและชุมชน ตามทะเบียนราษฎร์ จำแนกรายอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากรายงาน 506 จากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน
แหล่งข้อมูล	1. ทะเบียนผู้ป่วยไข้เลือดออกจากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน

	2. รายงาน 506 จากศูนย์ระบาดอำเภอ 3. หลักฐานอย่างอื่นที่เกี่ยวข้อง
รายการข้อมูล 1	ร้อยละของความสม่ำเสมอการส่ง รง. 506 มายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี = จำนวนสัปดาห์ที่ส่งทั้งหมด x 100 จำนวนสัปดาห์ในรอบเดือน หมายเหตุ : กรณีที่ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งรายสัปดาห์มากกว่า 1
รายการข้อมูล 2	ร้อยละของความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงาน รง. 506 มายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (คิดเป็นรายอำเภอ) = จำนวน (รพ.สต.)+โรงพยาบาล ที่ส่งรายงาน x 100 จำนวน(รพ.สต.) + รพ. ทั้งหมด (ในอำเภอ)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนสัปดาห์ทั้งหมดที่ตรวจสอบ x จำนวนโรงพยาบาล)–จำนวนสัปดาห์ที่พบรายงานต่ำกว่าเกณฑ์ X 100 จำนวนสัปดาห์ทั้งหมดที่ตรวจสอบ x จำนวนโรงพยาบาล
ระยะเวลาประเมินผล	**คะแนน Ranking** รอบที่ 1 ข้อมูลวันที่ 1 ตุลาคม 2564– 31 มีนาคม 2565 รอบที่ 2 ข้อมูลวันที่ 1 เมษายน 2565– 30 กันยายน 2565

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ผลการประเมิน มาตรฐานระบบ เฝ้าระวังโรคติดต่อ	ร้อยละ	72.44	75.20	76.83

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ร้อยละของผลการประเมินมาตรฐานระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ร้อยละ 51 - 60
2 คะแนน	ร้อยละ 61 - 70
3 คะแนน	ร้อยละ 71 - 80
4 คะแนน	ร้อยละ 81 - 90
5 คะแนน	ร้อยละ 91 -100
หมายเหตุ : คะแนนได้มาจาก ความสม่ำเสมอในการส่งรายงาน + ความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงาน + จำนวนผู้ป่วยรายสัปดาห์	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายวิโรจน์ เซมรัมย์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 085-315-9081

	2.นายประพนธ์ บุญไชย ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 094-263-1616 3. นางสาวเสาวลักษณ์ ภาคทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 086-648-2118
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นายประพนธ์ บุญไชย ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 094-263-1616 2. นางสาวเสาวลักษณ์ ภาคทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 086-648-2118

ตัวชี้วัด R 37	**ความครอบคลุมการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกับโรคในเด็กอายุครบ 1 ปี**
ตัวชี้วัดย่อย R 37.1	**ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน POLIO ชนิดฉีด (IPV)**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**-ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอชนิดฉีด (IPV)** ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน IPV จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

วัตถุประสงค์	เพื่อรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอ ชนิดฉีด (IPV)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัย type area =1,3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน แต่ผ่านมาแล้ว 1 ปี เช่น รายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2564 - ธันวาคม 2564 เด็กที่มีอายุครบ 1 ปีได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 31 ธันวาคม 2563
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีน IPV
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดในงวดที่รายงาน จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานะการอยู่อาศัย type area = 1 , 3)
หมายเหตุ	วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด รหัสวัคซีนที่ใช้ประมวลผล คือ รหัสวัคซีนที่อยู่ในแผนและนอกแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ รหัสวัคซีน IPV-P คือ 401 หรือD32 หรือD42 หรือ D52 หรือ I12
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	IPV ประเมินผลรอบ 6 เดือนแรก
วิธีการประเมินผล :	ประเมินความครอบคลุมการได้รับวัคซีน IPV จากโปรแกรม JHCIS และ HI
เอกสารสนับสนุน :	แผนปฏิบัติงานโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ปี 2565

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ร้อยละ 70 -74
2 คะแนน	ร้อยละ 75 -79
3 คะแนน	ร้อยละ 80 - 84
4 คะแนน	ร้อยละ 85 - 89
5 คะแนน	ร้อยละ 90 - 100

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.ดร.วิโรจน์ เซมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 085-3159081 2. นางสาวผ่องนภา พันธ์พิพัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 097-3420667
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวผ่องนภา พันธ์พิพัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 097-3420667

ตัวชี้วัดย่อย R 37.2	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน POLIO ชนิดหยอด (OPV3)
ค่าเป้าหมายปี 2565	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
ค่าถ่วงน้ำหนัก	0.5 คะแนน
คำนิยาม	**-ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอ (OPV3)** ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของ เด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน OPV3 จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์	เพื่อรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีน OPV3
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัย type area =1,3) โดยความหมายของ -เด็กอายุครบ 1 ปีหมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน แต่ผ่านมาแล้ว 1 ปี เช่นรายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2564 - ธันวาคม 2564 เด็กที่มี อายุครบ 1 ปีได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 31 ธันวาคม 2563
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน OPV3
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จาก แฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานะการอยู่อาศัย type area = 1 , 3)
หมายเหตุ	วัคซีนโปลิโอ ชนิดหยอด รหัสวัคซีนที่ใช้ประมวลผล คือ รหัสวัคซีนที่อยู่ในแผนและนอกแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ รหัสวัคซีน 083 หรือ D33 หรือ D43 หรือ D53
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	OPV3 ประเมินผลรอบ 12 เดือน
วิธีการประเมินผล :	ประเมินความครอบคลุมการได้รับวัคซีน OPV3 จากโปรแกรม JHCIS และ HI
เอกสารสนับสนุน :	แผนปฏิบัติงานโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ปี 2565

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ร้อยละ 70 - 74
2 คะแนน	ร้อยละ 75 - 79
3 คะแนน	ร้อยละ 80 - 84
4 คะแนน	ร้อยละ 85 - 89
5 คะแนน	ร้อยละ 90 - 100

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.ดร.วิโรจน์ เซมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 085-3159081 2. นางสาวผ่องนภา พันธ์พิพัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 097-3420667
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวผ่องนภา พันธ์พิพัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 097-3420667
ตัวชี้วัดย่อย R 37.3	**ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนคางทูม หัด หัดเยอรมัน (MMR1)**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**0.5 คะแนน**
คำนิยาม	**ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR1) ในเด็กอายุ ครบ 1 ปี** หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน MMR1 จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดในงวดที่รายงาน

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95

วัตถุประสงค์	เพื่อรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR1
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัย type area =1,3) โดยความหมายของ เด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับ งวดที่รายงาน แต่ผ่านมาแล้ว 1 ปี เช่นรายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2564

	- ธันวาคม 2564 เด็กที่มี อายุครบ 1 ปีได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 31 ธันวาคม 2563
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน MMR1
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จาก แฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานะการอยู่อาศัย type area = 1 , 3)
หมายเหตุ	วัคซีน หัด คางทูม หัดเยอรมัน เข็มที่ 1 รหัสวัคซีนที่ใช้ประมวลผล คือ รหัสวัคซีนที่อยู่ในแผนและนอกแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ รหัสวัคซีน 061 หรือ M11
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	MMR1 ประเมินผลรอบ 12 เดือน
วิธีการประเมินผล :	ประเมินความครอบคลุม โปรแกรม JHCIS และ HI
เอกสารสนับสนุน :	แผนปฏิบัติงานโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ปี 2565

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ร้อยละ 75 - 79
2 คะแนน	ร้อยละ 80 - 84
3 คะแนน	ร้อยละ 85 - 89
4 คะแนน	ร้อยละ 90 - 94
5 คะแนน	ร้อยละ 95 - 100

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.ดร.วิโรจน์ เซมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 085-3159081 2. นางสาวผ่องนภา พันธ์พิพัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 097-3420667
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวผ่องนภา พันธ์พิพัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 097-3420667

ตัวชี้วัดย่อย R 37.4	**ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนคางทูม หัด หัดเยอรมัน (MMR2)**
ค่าเป้าหมายปี 2565	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95
ค่าถ่วงน้ำหนัก	0.5 คะแนน
คำนิยาม	**ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR2) ในเด็กอายุ ครบ 1 ปี 6 เดือน** หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี และ 6 เดือน ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน MMR2 จากเด็กอายุครบ 1 ปี 6 เดือน ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดในงวดที่รายงาน

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95

วัตถุประสงค์	เพื่อรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR2
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ 1 ปี 6 เดือน ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัย type area =1,3) โดยความหมายของ เด็กอายุครบ 1 ปี 6 เดือน หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี 6 เดือน ในงวดที่รายงาน ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับ งวดที่รายงาน แต่ผ่านมาแล้ว 1 ปี เช่นรายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2564 - ธันวาคม 2564 เด็กที่มี อายุครบ 1 ปี 6 เดือน ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 31 ธันวาคม 2563
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี 6 เดือน ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน MMR2
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี 6 เดือน ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จาก แฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานะการอยู่อาศัย type area = 1 , 3)
หมายเหตุ	วัคซีน หัด คางทูม หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 รหัสวัคซีนที่ใช้ประมวลผล คือ รหัสวัคซีนที่อยู่ในแผนและนอกแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ รหัสวัคซีน 073 หรือ M11
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	MMR2 ประเมินผล 2 รอบต่อปี รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)
วิธีการประเมินผล :	ประเมินความครอบคลุม โปรแกรม JHCIS และ HI
เอกสารสนับสนุน :	แผนปฏิบัติงานโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ปี 2565

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ร้อยละ 75 - 79
2 คะแนน	ร้อยละ 80 - 84
3 คะแนน	ร้อยละ 85 - 89
4 คะแนน	ร้อยละ 90 - 94
5 คะแนน	ร้อยละ 95 - 100

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.ดร.วิโรจน์ เซมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 085-3159081 2. นางสาวผ่องนภา พันธ์พิพัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 097-3420667
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวผ่องนภา พันธ์พิพัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 201 โทรศัพท์มือถือ : 097-3420667

ตัวชี้วัด R 38	**ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ บูรณาการด้านสุขภาพ (Health Literacy School : HLS)**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**เป้าหมาย 1 รพ.สต. 1 โรงเรียน (รร.ตชด.ทุกแห่ง) ต้นแบบอำเภอละ 1 แห่ง (ความสำเร็จระดับ 5)**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**โรงเรียนรอบรู้ บูรณาการด้านสุขภาพ** (Health Literacy School : HLS) หมายถึง โรงเรียนที่ดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพนักเรียนแบบองค์รวม มีการบูรณาการงานร่วมกันในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อมุ่งเน้นให้เด็กนักเรียนมีสุขภาพที่ดี โดยบูรณาการ 12 โครงการ 5 กิจกรรมบริการ ครอบคลุมการคัดกรองด้านสุขภาพตามเกณฑ์ และมีกิจกรรมการแก้ไขปัญหาสุขภาพให้แก่นักเรียนอย่างเป็นรูปธรรม และเกิดโรงเรียนต้นแบบ Health Literacy School : HLS ภายใต้การดำเนินงานใน 4 มาตรการ คือ 1. การพัฒนาบุคลากร และระบบการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม 2. การขับเคลื่อนนโยบาย การแก้ไขปัญหา และการพัฒนางานอย่างมีส่วนร่วม 3. การบริการคัดกรองสุขภาพนักเรียน ครอบคลุม ครบถ้วน และมีคุณภาพ ภายใต้มาตรการ COVID – FREE Setting 4. การประเมินผลอย่างมีคุณภาพ โดยให้เป็นไปตามเงื่อนไขการประเมินงานโรงเรียนรอบรู้ บูรณาการด้านสุขภาพ (Health Literacy School : HLS) เป้าหมาย 1 รพ.สต. 1 โรงเรียน (รร.ตชด.ทุกแห่ง) โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 รอบ และกำหนดเกณฑ์คะแนน Ranking ในแต่ละรอบตามแนวทางที่ได้กำหนดให้นี้

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565

<u>รอบที่ 1</u> (ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) เกณฑ์การประเมิน 6 ข้อ

มีกระบวนการพัฒนางาน ดังนี้

1. มีข้อมูลพื้นฐานการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ บูรณาการด้านสุขภาพ ปี 2565 เช่น ข้อมูลโรงเรียนเป้าหมาย, ข้อมูลการตรวจสุขภาพนักเรียน, ข้อมูลการประเมินโรงเรียนเป้าหมาย และข้อมูลการสำรวจสุขภาพครู ในปี 2564
2. มีการกำหนด PMT ที่ชัดเจนในทุกระดับ เช่น รพ.สต.,สสอ., โรงพยาบาล เพื่อขับเคลื่อนในกระบวนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน
3. มีการกำหนดโรงเรียนเป้าหมาย ตามเกณฑ์ และมีแผนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดโรงเรียนรอบรู้ บูรณาการด้านสุขภาพต้นแบบระดับอำเภอ
4. มีการถ่ายทอดนโยบายและขับเคลื่อนสู่ระดับพื้นที่ โดยโรงเรียนเป้าหมาย มีการกำหนดแผนปฏิบัติงานแบบบูรณาการในทุกกิจกรรม ครอบคลุม 12 โครงการ 5 กิจกรรมบริการ ตามปฏิทินการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ ฯ
5. โรงเรียนเป้าหมายทุกแห่ง ผ่านการประเมินตนเอง และผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองขึ้นไป โดยทีมระดับอำเภอ

6. มีกระบวนการพัฒนางานโดยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย ผ่านการดำเนินงานในระดับพื้นที่ เช่น ขับเคลื่อนนโยบายผ่าน พชอ., คณะกรรมการโรงเรียน

<u>รอบที่ 2</u> (เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565) เกณฑ์การประเมิน 5 ข้อ

1. เด็กนักเรียนทุกคน ได้รับการคัดกรองสุขภาพนักเรียนครอบคลุมในทุกกิจกรรม ตามมาตรฐาน COVID – FREE Setting และเด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยง จากการคัดกรอง 4 กลุ่มโรคทุกคน ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการประเมินซ้ำและวินิจฉัย
2. อำเภอ มีการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจสุขภาพครู ในปี 2564 และมีการนำข้อมูลมาดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพให้กับครู
3. ทีมประเมินระดับอำเภอ มีการประเมินโรงเรียนเป้าหมายทุกแห่ง ตามเกณฑ์การประเมิน
4. มีโรงเรียนเป้าหมายต้นแบบระดับอำเภอ จำนวน 1 แห่ง เพื่อรับการประเมินรับรองโดยทีมระดับจังหวัด
5. โรงเรียนต้นแบบระดับอำเภอ เป็นโรงเรียนรอบรู้ บูรณาการด้านสุขภาพ ตามเกณฑ์การประเมิน โดยเป็นโรงเรียน
   - ปลอดโรค คือ ไม่เกิดโรคระบาดในโรงเรียน
   - ปลอดภัย คือ ไม่มีอุบัติเหตุในโรงเรียน และมีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม/สุขาภิบาลอาหาร
   - รอบรู้ คือ ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กนักเรียน และครู โดย นักเรียนและครู ผ่านเกณฑ์ประเมิน ร้อยละ 80

ค่าเป้าหมายการประเมิน ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5

วัตถุประสงค์	1. เพื่อวัดระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ บูรณาการด้านสุขภาพ (Health Literacy School : HLS) 2. เพื่อให้เกิดการบูรณาการกิจกรรมด้านสุขภาพ ในการให้บริการนักเรียน 3. เพื่อให้เด็กนักเรียนได้รับการคัดกรองและบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ 4. เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงเรียนประถมศึกษา เป้าหมาย 1 รพ.สต. 1 โรงเรียน (รร.ตชด.ทุกแห่ง) ต้นแบบโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ อำเภอละ 1 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จากโปรแกรมการประเมินตนเองตามเกณฑ์ของโรงเรียนเป้าหมาย 2. จากโปรแกรมรายงานการให้บริการและการตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียน 3. จากโปรแกรมรายงาน กำกับติดตามในระบบ Electronic
แหล่งข้อมูล	สรุปผลการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้บูรณาการด้านสุขภาพ ปี 2564
รายการข้อมูล 1	รอบที่ 1 ประเมินกระบวนการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ บูรณาการด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ
รายการข้อมูล 2	รอบที่ 2 ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ บูรณาการด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. มีการดำเนินการในโรงเรียนเป้าหมายทุกแห่ง 1 รพ.สต. 1 โรงเรียน และ โรงเรียน ตชด. ทุกแห่ง และมีต้นแบบอำเภอละ 1 แห่ง 2. นักเรียนทุกคนได้รับการคัดกรองและตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ เด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยงได้รับการแก้ไขปัญหา

	3. ครูและนักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ (รอบที่ 1 ต.ค. 2564 - มี.ค. 2565) (รอบที่ 2 เม.ย. 2565 - ส.ค. 2565)
เอกสารสนับสนุน :	-นโยบายการพัฒนางานสาธารณสุข ตามประเด็น Re-Treat ปีงบประมาณ 2565

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
1. เกิดโรงเรียนรอบรู้บูรณาการด้านสุขภาพต้นแบบ	แห่ง	-	11	6
2. นักเรียนได้รับการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพโดยจัดโครงการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ	โครงการ	-	123	N/A
3. เด็กนักเรียนและครูผ่านการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละ	-	83.72	N/A

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

มีกระบวนการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy School : HLS) ครบทั้ง 6 ข้อ

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
มีกิจกรรม 2 ข้อ	มีกิจกรรม 3 ข้อ	มีกิจกรรม 4 ข้อ	มีกิจกรรม 5 ข้อ	มีกิจกรรม 6 ข้อ

ที่มา 1. สรุปผลการนิเทศงานผสมผสาน
2. จากโปรแกรมการประเมินตนเองตามเกณฑ์ของโรงเรียนเป้าหมาย
3. จากโปรแกรมรายงานการให้บริการและการตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียน
4. จากโปรแกรมระบบรายงาน กำกับติดตามในระบบ Electronic

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

มีกระบวนการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy School : HLS) ครบทั้ง 5 ข้อ

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ผ่าน 1 ข้อ	ผ่าน 2 ข้อ	ผ่าน 3 ข้อ	ผ่าน 4 ข้อ	ผ่านครบ 5 ข้อ

ที่มา 1. สรุปผลการนิเทศงานผสมผสาน
2. จากโปรแกรมการประเมินตนเองตามเกณฑ์ของโรงเรียนเป้าหมาย
3. จากโปรแกรมรายงานการให้บริการและการตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียน
4. จากโปรแกรมระบบรายงาน กำกับติดตามในระบบ Electronic

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.ทพญ.น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่ง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อีเมลล์ namphet09@hotmail.com โทรมือถือ 065-919-8166 2.นางจารุวรรณ ศรีสูงเนิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร. 064-656-10545 อีเมลล์ jaruwan.sts@gmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางจารุวรรณ ศรีสูงเนิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร. 064-656-10545 อีเมลล์ jaruwan.sts@gmail.com

ตัวชี้วัด R 39	**ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**2 คะแนน**
คำนิยาม	**ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย** หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพ 5 กลุ่ม ดังนี้ หญิงตั้งครรภ์ วัยเด็ก วัยทำงาน วัยผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง มีองค์ประกอบดังนี้ 1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุ 0-2 ปี - หญิงตั้งครรภ์ทุกคน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ขัดฟัน และขูดหินปูน (≥ร้อยละ 80) - เด็กอายุ 0-2 ปีทุกคน ได้รับการตรวจฟัน และผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ (≥ร้อยละ 80) 2. กลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี - เด็กอายุ 3-5 ปีทุกคน ได้รับการตรวจฟัน และบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน เช่น การทาฟลูออไรด์เฉพาะที่, การฝึกทักษะแปรงฟัน (≥ร้อยละ 80) - มีการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และมีต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้านทันตสุขภาพ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง 3. กลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี - เด็กอายุ 4-12 ปีทุกคน ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์เจล หรือ ทาฟลูออไรด์วานิช (≥ร้อยละ 80) - เด็กอายุ 6-12 ปีทุกคน ได้รับบริการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ 6 และซี่ 7 (≥ร้อยละ 30) - มีการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบด้านทันตสุขภาพ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง 4. กลุ่มวัยทำงาน - กลุ่มวัยทำงาน (สิทธิประกันสังคม) ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและให้บริการทันตกรรม (≥ร้อยละ 50) - สถานประกอบการต้นแบบด้านทันตสุขภาพ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง 5. มีการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ - ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับการตรวจสุขภาพชองปาก และบริการทันตกรรม (ส่งเสริมป้องกัน) (≥ร้อยละ 80) - มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ด้านทันตสุขภาพ (1 รพ.สต. ที่มีทันตาภิบาลประจำ : 1 ชมรม)

<table>
<tr><td></td><td>โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 รอบและกำหนดเกณฑ์คะแนน Ranking ในแต่ละรอบตามแนวทางที่ได้กำหนดให้นี้</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570
<table>
<tr><th>ปีงบประมาณ 2565</th><th>ปีงบประมาณ 2566</th><th>ปีงบประมาณ 2567</th><th>ปีงบประมาณ 2568</th><th>ปีงบประมาณ 2569</th><th>ปีงบประมาณ 2570</th></tr>
<tr><td>ความสำเร็จ ระดับ 5</td><td>ความสำเร็จ ระดับ 5</td><td>ความสำเร็จ ระดับ 5</td><td>ความสำเร็จ ระดับ 5</td><td>ความสำเร็จ ระดับ 5</td><td>ความสำเร็จ ระดับ 5</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อติดตามผลการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพ 5 กลุ่มวัย ดังนี้
หญิงตั้งครรภ์ วัยเด็ก วัยทำงาน วัยผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง</td></tr>
<tr><td>ประชากร
กลุ่มเป้าหมาย</td><td>ประชาชนในเขตรับผิดชอบหน่วยบริการ รพศ./รพท./รพช./ รพ.สต.</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>จากรายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี
จากรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข
จากรายงาน Cockpit เขตสุขภาพที่ 10
จากสรุปผลการดำเนินงาน 1 page
จากฟอร์มรายงานที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.กำหนด
จากการนิเทศงานผสมผสานและเฉพาะกิจ</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>รอบที่ 1 ประเมินกระบวนการพัฒนางานทันตสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>รอบที่ 2 ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานทันตสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>A=จำนวนกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการ
B=จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดของแต่ละอำเภอ
สูตร = (A/B)*100</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ประเมิน 2 รอบ (รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)
(รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2565 - 31 สิงหาคม 2565)</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>ประเมินตามเกณฑ์ รอบที่ 1 และรอบที่ 2</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>1.สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมในแต่ละสิทธิ์แต่ละกลุ่มวัย
2.เกณฑ์การประเมินด้านทันตสุขภาพ ศพด. รร. สถานประกอบการ และชมรมผู้สูงอายุ</td></tr>
</table>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
1. หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ขัดฟัน และขูดหินปูน ที่มารายงาน HDC 19.1	ร้อยละ	N/A	30.19	26.24
2. เด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ที่มารายงาน HDC 17.4	ร้อยละ	N/A	57.66	57.43
3. เด็ก 0-2 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม ที่มารายงาน HDC 17.7	ร้อยละ	N/A	68.47	68.02
4. เด็ก 3-5 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ที่มารายงาน HDC 17.8	ร้อยละ	N/A	76.66	64.19
5. เด็ก 3-5 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม ที่มารายงาน HDC 17.10	ร้อยละ	N/A	86.52	74.29
6. เด็กอายุ 4-12 ปี ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์/ ทาฟลูออไรด์วานิช ที่มารายงาน HDC 19.2	ร้อยละ	N/A	79.6	58.6
7. เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับบริการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ 6 และ ซี่ 7 ที่มารายงาน HDC 19.3	ร้อยละ	N/A	54.3	14.3
8. ผู้สูงอายุได้รับการตรวจช่องปาก ที่มารายงาน HDC 17.23	ร้อยละ	N/A	62.54	58.43
9. ผู้สูงอายุได้รับบริการทันตกรรม ที่มารายงาน HDC 17.25	ร้อยละ	N/A	65.97	61.82
10. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงได้รับการตรวจช่องปาก ที่มารายงาน HDC 17.26	ร้อยละ	N/A	60.75	65.80
11. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงได้รับบริการทันตกรรม ที่มารายงาน HDC 17.27	ร้อยละ	N/A	29.41	32.70
12. มีชมรมผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์ด้านทันตสุขภาพ 1 แห่ง ต่อ 1 รพ.สต. ที่มีทันตาภิบาลประจำ ที่มาจากรายงานข้อมูลในเว็บไซต์ฟันเทียมพระราชทาน	รพ.สต/ชมรม (แห่ง)	N/A	75.2	78.28

หมายเหตุ

-ข้อมูลเด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับบริการทันตกรรม ปีงบประมาณ 2563-2564 อ้างอิง Baseline ข้อมูลจากฐานข้อมูลใน HDC ปีงบประมาณ 2565 ให้ใช้ข้อมูลจาก Cockpit 65 (ตัวชี้วัดการดำเนินงานโครงการ PPA)

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ประเมินระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) มีกระบวนการพัฒนางาน ดังนี้

1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุ 0-2 ปี
   - หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ขัดฟัน และขูดหินปูน (≥ร้อยละ 80)
   - เด็กอายุ 0-2 ปี ได้รับการตรวจฟัน และผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ (≥ร้อยละ 40)
2. เด็กอายุ 3-5 ปี
   - เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการตรวจฟัน และบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน เช่น การทาฟลูออไรด์เฉพาะที่, การฝึกทักษะแปรงฟัน (≥ร้อยละ 40)

3. กลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี
- เด็กอายุ 4-12 ปี ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์เจล หรือ ทาฟลูออไรด์วานิช (≥ร้อยละ 40)
- เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับบริการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ 6 และซี่ 7 (≥ร้อยละ 15)

4. กลุ่มวัยทำงาน
- กลุ่มวัยทำงาน (สิทธิประกันสังคม) ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและให้บริการทันตกรรม (≥ร้อยละ 25)

5. มีการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
- ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งในช่องปาก (≥ร้อยละ 40)
- ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจฟัน และวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกับ CG (≥ร้อยละ 40)

รอบที่ 2 (ประเมินระหว่าง 1 เมษายน 2565- 31 สิงหาคม 2565) มีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุ 0-2 ปี
- หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ขัดฟัน และขูดหินปูน (≥ร้อยละ 80)
- เด็กอายุ 0-2 ปี ได้รับการตรวจฟัน และผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ (≥ร้อยละ 80)

2. เด็กอายุ 3-5 ปี
- เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการตรวจฟัน และบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน เช่น การทาฟลูออไรด์เฉพาะที่, การฝึกทักษะแปรงฟัน (≥ร้อยละ 80)

3. กลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี
- เด็กอายุ 4-12 ปี ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์เจล หรือ ทาฟลูออไรด์วานิช (≥ร้อยละ 80)
- เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับบริการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ 6 และซี่ 7 (≥ร้อยละ 30)
- มีโรงเรียนต้นแบบด้านทันตสุขภาพ อย่างน้อยอำเภอละ 1 โรงเรียน

4. กลุ่มวัยทำงาน
- กลุ่มวัยทำงาน (สิทธิประกันสังคม) ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและให้บริการทันตกรรม (≥ร้อยละ 50)
- มีสถานประกอบการต้นแบบด้านทันตสุขภาพ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง

5. มีการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
- ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก และคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งในช่องปาก (≥ร้อยละ 80)
- ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจฟัน และวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกับ CG (≥ร้อยละ 80)
- มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ด้านทันตสุขภาพ (1 รพ.สต. ที่มีทันตาภิบาลประจำ : 1 ชมรม)
- อำเภอมีผู้สูงอายุ 78-80, 90 ปี ฟันดี ตามเกณฑ์

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

มีกระบวนการพัฒนางานทันตสาธารณสุข ครบทั้ง 5 ข้อ

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
มีกิจกรรม 1 ข้อ	มีกิจกรรม 2 ข้อ	มีกิจกรรม 3 ข้อ	มีกิจกรรม 4 ข้อ	มีกิจกรรม 5 ข้อ

ที่มา 1. สรุปผลการนิเทศงานผสมผสาน

2. จากรายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี

3. จากรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข

4. จากรายงาน Cockpit เขตสุขภาพที่ 10

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

มีผลลัพธ์การดำเนินงานผ่านเกณฑ์ ครบทั้ง 5 ข้อ

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ผ่าน 1 ข้อ	ผ่าน 2 ข้อ	ผ่าน 3 ข้อ	ผ่าน 4 ข้อ	ผ่านครบ 5 ข้อ

ที่มา 1. สรุปผลการนิเทศงานผสมผสาน

2. จากรายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี

3. จากรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข

4. จากรายงาน Cockpit เขตสุขภาพที่ 10

5. จากสรุปผลการดำเนินงาน 1 page

6. จากฟอร์มรายงานที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.กำหนด

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ทพญ.น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่งรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อีเมลล์ namphet09@hotmail.com โทรมือถือ 065-919-8166 2.นางสาวณัฐจิรา ฉ่ำบุญรอด ตำแหน่ง ทันตแพทย์ปฏิบัติการ โทร.086-7518552 Email : Nutjira_ncb@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวณัฐจิรา ฉ่ำบุญรอด ตำแหน่ง ทันตแพทย์ปฏิบัติการ โทร.086-7518552 Email : Nutjira_ncb@hotmail.com

ตัวชี้วัด R 40	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการทันตสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ
ค่าเป้าหมายปี 2565	ความสำเร็จระดับ 5
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	**ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการทันตสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ** หมายถึง การพัฒนาระบบบริการ ข้อมูล รายงาน และทรัพยากรทันตสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพที่เป็นเลิศ ตามนโยบายสำคัญของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้ - มีข้อมูลพื้นฐานทันตสาธารณสุข สภาวะทันตสุขภาพ และสรุปผลการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมา และข้อมูลปัจจุบัน - มีการถ่ายทอดตัวชี้วัด, Ranking งานทันตสาธารณสุขสู่ระดับ รพ.สต. - มีการจัดซื้อร่วมวัสดุทันตกรรม - มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาของรายงานตัวชี้วัด (KPI) - รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพในช่องปาก ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ 7 กลุมเปาหมาย 15 กิจกรรม - ร้อยละจำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด - มีผลงาน Out standing วิชาการ,นวัตกรรม,CQIด้านทันตสุขภาพ ระดับอำเภอมีการจัดเวทีวิชาการ และรพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลส่งผลงานเข้าร่วม - มีการดำเนินงานลงข้อมูลแบบสำรวจทรัพยากรบุคคล DentHRUbon64 และแบบสำรวจครุภัณฑ์ทันตกรรม DentEquiUbon64 - มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ (รพ.ใช้เกณฑ์คุณภาพคลินิกทันตกรรมปลอดภัย/รพ.สต.ใช้เกณฑ์คุณภาพคลินิกทันตกรรมปลอดภัย และ รพ.สต.ติดดาว) - มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพ สาขาทันตสุขภาพในระดับอำเภอ โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 รอบและกำหนดเกณฑ์คะแนน Ranking ในแต่ละรอบตามแนวทางที่ได้กำหนดให้นี้

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5

วัตถุประสงค์	เพื่อให้เกิดการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขแลบริหารจัดการทรัพยากรด้านทันตสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการทุกระดับ รพศ./รพท./รพช./ รพ.สต.
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-จากรายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี

	-จากรายงานข้อมูลด้านบริหารเวชภัณฑ์ สำนักบริหารสาธารณสุข -จาก Google Sheets แบบสำรวจทรัพยากรบุคคล DentHRUbon64 และแบบสำรวจครุภัณฑ์ทันตกรรม DentEquiUbon64 -จากรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข -จากสรุปผลการดำเนินงาน 1 page -จากการนิเทศงานผสมผสาน
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1) ข้อมูลรายงานสภาวะทันตสุขภาพ ดังนี้ - ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุ caries free A = จำนวนเด็กอายุ 3 ปี ที่มีฟันน้ำนมผุ B = จำนวนเด็กอายุ 3 ปี ที่ได้รับการตรวจฟัน **สูตร = 100-((A/B)*100)** - เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ caries free A = จำนวนเด็กอายุ 12 ปี ที่มีฟันแท้ผุ B = จำนวนเด็กอายุ 12 ปี ที่ได้รับการตรวจฟัน **สูตร = 100-((A/B)*100)** - ผู้สูงอายุมีฟันหลัง (แท้หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจฟัน มี (แท้หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) B = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจฟันทั้งหมด **สูตร = (A/B)*100** 2) ร้อยละความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาของรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข A= จำนวนครั้ง การรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุขถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา B= จำนวนครั้ง การรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุขที่ต้องส่งทั้งหมด (12 ครั้ง) **สูตร = (A/B)*100** 3) ร้อยละการจัดซื้อร่วมวัสดุทันตกรรม A=จำนวนเงินในการจัดซื้อวัสดุทันตกรรมตามรายการจัดซื้อร่วม B=จำนวนเงินในการจัดซื้อวัสดุทันตกรรมตามแผน **สูตร = (A/B)*100** 4) ร้อยละ รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพในช่องปาก ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ 7 กลุ่มเป้าหมาย 15 กิจกรรมสาธารณสุข A= จำนวน รพ.สต./ศสม. ผ่านเกณฑ์จัดบริการสุขภาพในช่องปาก ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ B= จำนวน รพ.สต./ศสม. ทั้งหมด **สูตร = (A/B)*100**

	5) ระดับอำเภอมีการจัดเวทีวิชาการ และรพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลส่งผลงานเข้าร่วม (ร้อยละ 100) โดยมีผลงานวิชาการด้านทันตสุขภาพดีเด่นระดับอำเภอ (มีผลงานระดับอำเภอขึ้นไป) A= จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่มีทันตาภิบาล B= จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่มีผลงานวิชาการ (มีผลงานระดับอำเภอขึ้นไป) **สูตร = (A/B)*100** 6) มีการดำเนินงานลงข้อมูลแบบสำรวจทรัพยากรบุคคล DentHRUbon64 และแบบสำรวจครุภัณฑ์ทันตกรรม DentEquiUbon64 7) มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ (รพ.ใช้เกณฑ์คุณภาพคลินิกทันตกรรมปลอดภัย/รพ.สต. ใช้เกณฑ์คุณภาพคลินิกทันตกรรมปลอดภัย และรพ.สต.ติดดาว) 8) มีอัตรา (ร้อยละ) จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมดตามระดับศักยภาพของโรงพยาบาล 9) มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพ สาขาทันตสุขภาพในระดับอำเภอ 10) มีข้อมูลพื้นฐานทันตสาธารณสุข และสรุปผลการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมา
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ (รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 - 31 มีนาคม 2565) (รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2565 - 31 สิงหาคม 2565)
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ รอบที่ 1 และรอบที่ 2

เกณฑ์ประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) ประเมินจาก กระบวนการพัฒนางาน ดังนี้

1. มีข้อมูลพื้นฐานทันตสาธารณสุข ข้อมูลทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรครุภัณฑ์ และสรุปผลการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมา มีการถ่ายทอดและมีกระบวนการกำกับติดตาม และประเมินผล ตามตัวชี้วัด, Ranking งานทันตสาธารณสุขสู่ระดับ รพ.สต. ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขระดับมีความเข้าใจตัวชี้วัด, Ranking งานทันตสาธารณสุข
2. มีแผนการจัดซื้อร่วมวัสดุทันตกรรม
3. มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ (รพ.ใช้เกณฑ์คุณภาพคลินิกทันตกรรมปลอดภัย/รพ.สต.ใช้เกณฑ์คุณภาพคลินิกทันตกรรมปลอดภัย และรพ.สต.ติดดาว)
4. มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพ สาขาทันตสุขภาพในระดับอำเภอ
5. ร้อยละความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาของรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข (ร้อยละ 90)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565) ประเมินจากผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

1. มีสภาวะทันตสุขภาพ ดังนี้
   - เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุ caries free (คน) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 (ต้องมีการตรวจฟันไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)
   - เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ caries free (คน) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 (ต้องมีการตรวจฟันไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)
   - ผู้สูงอายุมีฟันหลัง (แท้หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70
2. ร้อยละการจัดซื้อร่วมวัสดุทันตกรรม (≥ร้อยละ 30)
3. ร้อยละ รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพในช่องปาก ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ 7 กลุ่มเป้าหมาย

15 กิจกรรม (≥ร้อยละ 60)

4. มีอัตรา (ร้อยละ) จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมดตามระดับศักยภาพของโรงพยาบาล
5. มีผลงาน Out standing วิชาการ, นวัตกรรม, CQI ด้านทันตสุขภาพ ระดับอำเภอมีการจัดเวทีวิชาการ และ รพ.สต. ที่มีทันตาภิบาลส่งผลงานเข้าร่วม (ร้อยละ100) โดยมีผลงานวิชาการด้านทันตสุขภาพดีเด่นระดับอำเภอ (ส่งผลงานวิชาการ ภายในวันที่ 29 ก.ค. 2565)
6. ร้อยละความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาของรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข (ร้อยละ 90)

เอกสารสนับสนุน : ยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปาก กระทรวงสาธารณสุข ปี 2565

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
1. การจัดซื้อร่วมวัสดุทันตกรรม	ร้อยละ	N/A	32.8	44.5
2. ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาของรายงานตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละ	N/A	85.1	95.5
3. รพ., รพ.สต. และ ศสม. ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด	ร้อยละ	N/A	75.4	53.5
4. รพ., รพ.สต. และ ศสม. มีผลงานวิชาการ	ร้อยละ	N/A	38.6	62.3
5. มีอัตรา (ร้อยละ) จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด	ร้อยละ	N/A	1.8	1.9

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

มีกระบวนการพัฒนางานทันตสาธารณสุข ครบทั้ง 5 ข้อ

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
มีกิจกรรม 1 ข้อ	มีกิจกรรม 2 ข้อ	มีกิจกรรม 3 ข้อ	มีกิจกรรม 4 ข้อ	มีกิจกรรม 5 ข้อ

ที่มา 1. สรุปผลการนิเทศงานผสมผสาน
2. รายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี
3. รายงานข้อมูลด้านบริหารเวชภัณฑ์ สำนักบริหารสาธารณสุข
4. รายงาน Google Sheets แบบสำรวจทรัพยากรบุคคล DentHRUbon64 และแบบสำรวจครุภัณฑ์ทันตกรรม DentEquiUbon64
5. รายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

มีผลลัพธ์การดำเนินงานผ่านเกณฑ์ ครบทั้ง 6 ข้อ

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ผ่าน 2 ข้อ	ผ่าน 3 ข้อ	ผ่าน 4 ข้อ	ผ่าน 5 ข้อ	ผ่านครบ 6 ข้อ

ที่มา 1. สรุปผลการนิเทศงานผสมผสาน
2. รายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี

	3. รายงานข้อมูลด้านบริหารเวชภัณฑ์ สำนักบริหารสาธารณสุข 4. รายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข 5. สรุปผลการดำเนินงาน 1 page
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ทพญ.น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่งรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อีเมลล์ namphet09@hotmail.com โทรมือถือ 065-919-8166 2. นายประสิทธิ์ คุณแสนใส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 083 966 4754 อีเมลล์ mistersitty@yahoo.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายประสิทธิ์ คุณแสนใส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 083 966 4754 อีเมลล์ mistersitty@yahoo.com

ตัวชี้วัด R 41	**ระดับความสำเร็จของการพัฒนากลไกการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**2 คะแนน**
คำนิยาม	**1.การพัฒนากลไกและรูปแบบการดำเนินงาน คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ** ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีให้มีประสิทธิภาพ โดยดำเนินการ ใน 4 ด้านดังนี้ (1) Pre marketing Control : การดำเนินการในฐานะการเป็นผู้อนุญาตเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการสุขภาพ ตามที่ได้รับมอบอำนาจจากหน่วยงานส่วนกลาง (2) Post marketing Control :การดำเนินงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานประกอบการ สถานบริการสุขภาพ ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ ในส่วนภูมิภาค เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ในพระราชบัญญัติที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงาน ส่วนกลาง โดยในการจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานประกอบการ สถานบริการสุขภาพ ควรเน้นปัญหาที่มีผลกระทบในวงกว้างและเป็นเรื่องแพร่หลายและมีผลกระทบต่อสุขภาพ ประชาชน (3) Consumer empowerment : การพัฒนาศักยภาพและการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ การรับบริการในสถานบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อม สุขภาพ แก่ผู้บริโภค (4) Entrepreneur empowerment : พัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ โดยการ ส่งเสริมผู้ประกอบการ เพื่อพัฒนาปรับปรุงสถานประกอบการให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด มีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค และมีการโฆษณาที่ถูกต้องให้ข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง โดย กลไกหลักในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คือ การบังคับใช้กฎหมาย ทำหน้าที่เป็น Regulator และอาศัยอำเภอ ตำบลเป็นเครือข่ายการ ทำงาน **2. การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในระดับอำเภอ** โดยใช้กลไกการทำงานของ คปสอ. เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานคุ้มครอง ผู้บริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนากลไกการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ และรูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ในระดับอำเภอ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.แบบสำรวจร้านค้าในงานคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อการเฝ้าระวังและตรวจแนะนำ ปีงบประมาณ 2565 (คบส.1) 2.แบบสรุปผลการสำรวจร้านค้าในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข อุบลราชธานี ปี 2565 (คบส.2) 3.แผนงาน/โครงการปี 2565 4.รายงานการคืนข้อมูลฯแก่ชุมชนหรือภาคีเครือข่าย
แหล่งข้อมูล	ระดับอำเภอ (รพ. /สสอ.)
รายการข้อมูล 1	-
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลรายเดือน และ 2 รอบต่อปี
วิธีการประเมินผล :	ประเมินแบบ Milestone
เอกสารสนับสนุน :	รายละเอียดตัวชี้วัด เป้าหมาย และแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และบริการสุขภาพ ในส่วนภูมิภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ความสำเร็จ	ระดับความสำเร็จ	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

ระดับที่ 1 มีคณะทำงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ

ระดับที่ 2 ทบทวนผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ปีงบประมาณ 2563 และระบุปัญหาด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่

ระดับที่ 3 จัดทำแผนปฏิบัติการ ปี 2565 เพื่อแก้ไขปัญหาคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ หรือพื้นที่เสี่ยง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่าย เช่น อปท., วัด โรงเรียน องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ เป็นต้น

ระดับที่ 4 ติดตามและประเมินผลงานการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ มีรายงานให้จังหวัดทราบทุกไตรมาส

ระดับที่ 5 มีรายงานการคืนข้อมูลการคุ้มครองผู้บริโภค ปีงบประมาณ 2564 แก่ชุมชนหรือภาคีเครือข่าย

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ ข้อที่ 1
2 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ ข้อที่ 1 และ 2
3 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ ข้อที่ 1 , 2 และ 3

4 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ ข้อที่ 1 , 2 และ 3 และพื้นที่อำเภอ มีโครงการแผนปฏิบัติการด้านงาน คบส. เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่
5 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ ข้อที่ 1 , 2 และ 3 และพื้นที่อำเภอ มีโครงการแผนปฏิบัติการด้านงาน คบส. เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ -กิจกรรมได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่นไม่น้อยกว่า 1 โครงการ/กิจกรรม

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	**ความหมาย /เกณฑ์การวัด**
1 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ ข้อที่ 1
2 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ ข้อที่ 1 และ 2
3 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 4
4 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 4 และพื้นที่อำเภอมีโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่นไม่น้อยกว่า 1 โครงการ /กิจกรรม
5 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 5

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวนันทิกร จำปาสา ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 202 โทรศัพท์มือถือ : 096-196-6649 โทรสาร :045-262-699 E-mail : jutharat.216@gmail.com 2.นางสาวกิตติยาพร ทองไทย ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 202 โทรศัพท์มือถือ : 062-239-6656 โทรสาร :045-262-699 E-mail : kittiyaporn34000@gmail.com 3.นางพรรณธิดา หล้าวงษ์ ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 202 โทรศัพท์มือถือ : 089-845-5997 โทรสาร :045-262-699 E-mail : panthida_np@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นางสาวกิตติยาพร ทองไทย ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 202 โทรศัพท์มือถือ : 062-239-6656 โทรสาร :045-262-699 E-mail : kittiyaporn34000@gmail.com 2.นางพรรณธิดา หล้าวงษ์ ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 202 โทรศัพท์มือถือ : 089-845-5997 โทรสาร :045-262-699 E-mail : panthida_np@hotmail.com

ตัวชี้วัด R 42	**ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพกัญชาทางการแพทย์**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**1.กัญชาทางการแพทย์** หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ ทางการแพทย์และการวิจัย หรือตำหรับตำหรับยาแพทย์แผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ โดย คำแนะนำของกรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกและสภาการแพทย์แผนไทยที่ให้เสพเพื่อการรักษาโรคและวิจัยได้ ไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือ ส่วนประกอบใด ๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอดดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น **2.คลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ** หมายถึง การจัดบริการร่วมกันดูแลผู้ป่วยระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย 3 รูปแบบ (1 ห้อง 2 หมอ / แผนไทย First / แผนปัจจุบัน First) พยาบาลเป็น case manager

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5

วัตถุประสงค์	1. เพื่อขยายบริการกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เพื่อให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น 2.เพื่อเฝ้าระวังการใช้กัญชานอกระบบบริการสุขภาพและติดตามประสิทธิภาพ ความปลอดภัย อาการไม่พึงประสงค์ (ADR) จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ 3.พัฒนาระบบบริการและการรายงานข้อมูลการให้บริการคลินิกกัญชาทางแพทย์ในโรงพยาบาล
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลที่เทียบเท่า และหน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ระดับอ าเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.แบบบันทึกข้อมูลกัญชาทางการแพทย์ C-MOPH (Cannabis Clinic Data Center) 2.แผนงาน/โครงการปี 2565 3.แบบคัดกรอง/เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาในการรักษาโรค
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
รายการข้อมูล 1	-
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 - 31 สิงหาคม 2565)
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ แบบ Milestone

เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์คลินิกบริการกัญชาทางการแพทย์(Medical Cannabis Clinic) แบบผสมผสาน แพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ความสำเร็จ	ระดับความสำเร็จ	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

เกณฑ์การประเมินระดับความสำเร็จ 1-5

ระดับที่ 1 เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์หรือคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์ มีระบบคัดกรองการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิดและผู้ป่วยที่รักษาแบบประคับประคอง (Palliative care)มี รายงานการติดตามผู้ป่วยที่ยื่นแจ้งครอบครองกัญชาเพื่อรักษาโรค >40%

ระดับที่ 2 เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ชัดเจน(ยังไม่มีผลิตภัณฑ์กัญชา) ประกอบด้วย สถานที่/โครงสร้าง บุคลากร และ ระบบบริการ เป็นไปตามแนวทางคณะกรรมการ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) จังหวัดอุบลราชธานีมีรายงานการ ติดตามผู้ป่วยที่ยื่นแจ้งครอบครองกัญชาเพื่อรักษาโรคน้อย >50%

ระดับที่ 3 เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ชัดเจนประกอบด้วย สถานที่/โครงสร้าง บุคลากร และระบบบริการ เป็นไปตาม แนวทางคณะกรรมการ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) จังหวัดอุบลราชธานี และให้บริการผลิตภัณฑ์กัญชาทาง การแพทย์ (แพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนปัจจุบัน) มีรายงานการติดตามผู้ป่วยที่ยื่นแจ้งครอบครองกัญชาเพื่อรักษาโรคน้อย >60%

ระดับที่ 4 เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการและมีการรายงานในระบบ C-MOPH Report กระทรวงสาธารณสุขที่เป็นปัจจุบัน (real time)มีรายงานการติดตามผู้ป่วยที่ยื่นแจ้งครอบครองกัญชาเพื่อรักษาโรคน้อย >70%

ระดับที่ 5 เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ และมีการรายงานในระบบ C-MOPH Report กระทรวง สาธารณสุขที่เป็นปัจจุบัน (real time) มีรายงานการติดตามผู้ป่วยที่ยื่นแจ้งครอบครองกัญชา เพื่อรักษาโรคน้อย >80%

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ผ่านระดับที่ 1
2 คะแนน	ผ่านระดับที่ 1,2
3 คะแนน	ผ่านระดับที่ 1,2,3
4 คะแนน	ผ่านระดับที่ 1,2,3,4
5 คะแนน	ผ่านระดับที่ 1,2,3,4,5

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวนันทิกร จำปาสา ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 202 โทรศัพท์มือถือ : 096-196-6649 โทรสาร :045-262-699 E-mail : jutharat.216@gmail.com 2.นางสาวนิภาพร โสสว่าง ตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 202 โทรศัพท์มือถือ : 081-8214966 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : nipapornsosawang@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวนิภาพร โสสว่าง ตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 202 โทรศัพท์มือถือ : 081-8214966 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : nipapornsosawang@gmail.com กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 43	**ระดับความสำเร็จของการการดำเนินงาน RDU**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**2 คะแนน**
คำนิยาม	-RDU เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU โรงพยาบาลและ RDU รพ.สต. - RDU Hospital หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (รพศ./รพท./รพช.) - RDU PCU หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิลูกข่าย (รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกชื่ออื่น) -RDU community หมายถึง การออกแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจน มีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี 3 ระดับ ดังนี้ RDU **ขั้นที่ 1** หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ **ระดับโรงพยาบาล** 1. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3

	5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยาผ่านระดับ 3 **ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล** จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการ ใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค **RDU ขั้นที่ 2** หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ **ระดับโรงพยาบาล** 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัด ตาม RDU ขั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน, โรคอุจาระร่วงเฉียบพลัน, แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (ปี 2562 เกณฑ์ RI รพศ./รพท. ≤ 30 % และรพช.≤ 20 %, AD ≤ 20 %, FTW ≤ 50 %, APL ≤ 15 %) 3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ10 4. การใช้ยา Glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุหรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) **ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล** จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %) **RDU ขั้นที่ 3** หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ **ระดับโรงพยาบาล** –ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด **ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล** จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยา ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา

	2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	RDU : โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 1 A2 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 2 A3 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 3 A4 = โรงพยาบาลที่ผ่าน RDU community ขั้น 3 ขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	RDU ขั้นที่ 1 (A1/B) x 100 RDU ขั้นที่ 2 (A2/B) x 100 RDU ขั้นที่ 3 (A3/B)x100 RDU community A4/B x100
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 - 31 สิงหาคม 2565)
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ แบบ Milestone
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ความสำเร็จ	ระดับความสำเร็จ	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	- มีการรายงานผลการดำเนินการ ครบ 20 ตัวชี้วัด รายงานผลไม่ทันตามเวลาที่กำหนด แต่ผ่านตัวชี้วัด ที่กำหนด 12 ตัวชี้วัด (RDU ขั้นที่ 1 และ 2) ≤ 60 % (ผ่านน้อยกว่า 7/12 KPI)
2 คะแนน	- มีการรายงานผลการดำเนินการ ครบ 20 ตัวชี้วัด รายงานผลไม่ทันตามเวลาที่กำหนด แต่ผ่านตัวชี้วัด ที่กำหนด 12 ตัวชี้วัด (RDU ขั้นที่1 และ 2) ≥ 60 % (ผ่านมากกว่า7/12 KPI)

3 คะแนน	- มีการรายงานผลการดำเนินการ ครบ 20 ตัวชี้วัด รายงานผลทันตามเวลาที่กำหนด และผ่าน RDU ขั้น 2
4 คะแนน	- มีการรายงาน ผลการดำเนินการ ครบ 20 ตัวชี้วัด รายงานผลทันตามเวลาที่กำหนด และผ่าน RDU ขั้น 2 ต่อเนื่อง 2 ครั้ง /ปี
5 คะแนน	- มีการรายงานผลการดำเนินการ ครบ 20 ตัวชี้วัด รายงานผลทันตามเวลาที่กำหนด และผ่าน RDU ขั้น 3
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสาวนันทิกร จำปาสา ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 202 โทรศัพท์มือถือ : 096-196-6649 โทรสาร :045-262-699 E-mail : jutharat.216@gmail.com 2.นางสาวภาวินี พุฒเขียว ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 202 โทรศัพท์มือถือ : 081-8793199 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : paput2555@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวภาวินี พุฒเขียว ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-713 ต่อ 202 โทรศัพท์มือถือ : 081-8793199 โทรสาร : 045-241-918 E-mail : paput2555@gmail.com

ตัวชี้วัด R 44	**ระดับความสำเร็จการดำเนินงานแพทย์แผนไทย ปี 2565**
ตัวชี้วัดย่อย R 44.1	**ร้อยละผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก**
ค่าเป้าหมาย ปี 2565	**ร้อยละ 20.5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**1. ผู้ป่วยนอก** หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล (กลุ่ม/บริการการแพทย์แผนไทย) โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น **2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย** หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การปรุงยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การปรุงยาตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การทับหม้อเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง **3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก** หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล ได้แก่ - การแพทย์แผนจีน เช่น ฝังเข็ม รมยา ครอบแก้ว/ครอบกระปุก - การแพทย์ทางเลือก เช่น สมาธิบำบัด

	หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง **4. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข** หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 20.5	ร้อยละ 21	ร้อยละ 21.5	ร้อยละ 22	ร้อยละ 22.5	ร้อยละ 23

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ครอบคลุมหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม (PERSON/PROVIDER/SERVICE/DIAGNOSIS_OPD/DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/LABOR/COMMUNITY_SERVICE)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล (กลุ่ม/บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(B/A) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตค. 64 – 31 มีค. 65) รอบที่ 2 (1 เมย. 65 – 31 สค. 65)
วิธีการประเมินผล :	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เกณฑ์การให้คะแนนRankingปี 2565 (รอบที่ 1 และรอบที่ 2)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
2.5 คะแนน	ต่ำกว่าร้อยละ 12.4
3 คะแนน	ร้อยละ 12.5 - 14.4
3.5 คะแนน	ร้อยละ 14.5 - 16.4
4 คะแนน	ร้อยละ 16.5 - 18.4
4.5 คะแนน	ร้อยละ 18.5 - 20.4
5 คะแนน	ร้อยละ 20.5 ขึ้นไป

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางภัลลภา โสตถิสวัสดิ์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทร. 081-8770338 อีเมลล์ panlapa_49@gmail.com 2. นางสาววรางคณา สายธนู โทร. 088-5843370 อีเมลล์ amnormal1234@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาววรางคณา สายธนู โทร. 088-5843370 อีเมลล์ amnormal1234@gmail.com กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ตัวชี้วัดย่อย R 44.2	**ร้อยละการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2565**
ค่าเป้าหมาย ปี 2565	**เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 จากปีที่ผ่านมา**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**ผลิตภัณฑ์สมุนไพร** หมายถึง ยาจากสมุนไพร ยาแผนไทย ยาพัฒนาจากสมุนไพร ยาแผนโบราณ ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒ **การใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร** หมายถึง มูลค่าที่เกิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย **สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข** หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
เพิ่มร้อยละ 5	เพิ่มร้อยละ 5	เพิ่มร้อยละ 5	เพิ่มร้อยละ 5	เพิ่มร้อยละ 5	เพิ่มร้อยละ 5

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน GMP ครอบคลุมหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม (PERSON/PROVIDER/SERVICE/DIAGNOSIS_OPD/DIAGNOSIS_IPD/DRUG_OPD/DRUG_IPD/PROCEDURE_OPD/PROCEDURE_IPD/LABOR/COMMUNITY_SERVICE)
รายการข้อมูล 1	A = มูลค่าการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรทั้งหมด (ปี 2565) ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (หน่วย บาท)

รายการข้อมูล 2	B = มูลค่าการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรทั้งหมด (ปี 2564) ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (หน่วย บาท)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A ปีปัจจุบัน - B ปีที่ผ่านมา/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตค. 64 – 31 มีค. 65) รอบที่ 2 (1 เมย. 65 – 31 สค. 65)
วิธีการประเมินผล :	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เกณฑ์การให้คะแนนRankingปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	เพิ่มขึ้นร้อยละ 1
2 คะแนน	เพิ่มขึ้นร้อยละ 2
3 คะแนน	เพิ่มขึ้นร้อยละ 3
4 คะแนน	เพิ่มขึ้นร้อยละ 4
5 คะแนน	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางภัลลภา โสตถิสวัสดิ์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทร. 081-8770338 อีเมลล์ panlapa_49@gmail.com 2. นางสาวทิฆัมพร พันธุ์พินิจ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ โทร. 091-78771629 อีเมลล์ ttm.ubon@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวทิฆัมพร พันธุ์พินิจ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ โทร. 091-78771629 อีเมลล์ ttm.ubon@gmail.com กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ตัวชี้วัดย่อย R 44.3	**จำนวนหมอพื้นบ้านที่ผ่านการขึ้นทะเบียนขอใบรับรองการเป็นหมอพื้นบ้านตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข**
ค่าเป้าหมาย ปี 2565	**จำนวนตามเกณฑ์ที่กำหนด (เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 5 คน)**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. 2562 และระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ถือว่าเป็นการยกระดับการรับรองหมอพื้นบ้าน ภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 มาตรา 31 (7) โดยกำหนดให้หน่วยงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นผู้รับรองทั้งนี้ ตามบทเฉพาะกาลข้อ 47 ของระเบียบดังกล่าวระบุ ให้หมอพื้นบ้านที่ได้รับการรับรองเป็นหมอพื้นบ้าน ตามระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

	ว่าด้วยการออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. 2554 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ให้เป็นหมอพื้นบ้านตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. 2562 รายละเอียดเอกสารตาม QR code ด้านล่าง

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
เพิ่มขึ้น อำเภอละ 5 คน	เพิ่มขึ้น อำเภอละ 6 คน	เพิ่มขึ้น อำเภอละ 7 คน	เพิ่มขึ้น อำเภอละ 8 คน	เพิ่มขึ้น อำเภอละ 9 คน	เพิ่มขึ้น อำเภอละ 10 คน

วัตถุประสงค์	เพื่อมีฐานข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้านที่ขึ้นทะเบียนได้รับการรับรองเป็นหมอพื้นบ้านตามระเบียบการออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. 2562
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หมอพื้นบ้านในแต่ละอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากทะเบียนหมอพื้นบ้าน
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตค. 64 – 31 มีค. 65) รอบที่ 2 (1 เมย. 65 – 31 สค. 65)
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากจำนวนหมอพื้นบ้านที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการรับรอง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2562	2563	2564
จำนวนหมอพื้นบ้าน	คน	4	6	10

<table>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)</td></tr>
<tr><td colspan="2">
<table>
<tr><th>ค่าคะแนน</th><th>ความหมาย /เกณฑ์การวัด</th></tr>
<tr><td>0 คะแนน</td><td>ไม่มีการขอรับรอง</td></tr>
<tr><td>1 คะแนน</td><td>ขอรับรอง และได้รับการรับรองไม่น้อยกว่า 1 คน</td></tr>
<tr><td>2 คะแนน</td><td>ขอรับรอง และได้รับการรับรองไม่น้อยกว่า 2 คน</td></tr>
<tr><td>3 คะแนน</td><td>ขอรับรอง และได้รับการรับรองไม่น้อยกว่า 3 คน</td></tr>
<tr><td>4 คะแนน</td><td>ขอรับรอง และได้รับการรับรองไม่น้อยกว่า 4 คน</td></tr>
<tr><td>5 คะแนน</td><td>ขอรับรอง และได้รับการรับรองไม่น้อยกว่า 5 คน</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1.นางภัลลภา โสตถิสวัสดิ์
ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โทร. 081-8770338 อีเมลล์ panlapa_49@gmail.com
2. นางผกาวรรณ กองพร
โทร. 081-5937137 อีเมลล์ phagawan639@gmail.com</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>นางผกาวรรณ กองพร
โทร. 081-5937137 อีเมลล์ phagawan639@gmail.com
กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัด R 45	**ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ดีมากขึ้นไป ร้อยละ98 /ดีมาก Plus ร้อยละ60**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**2 คะแนน**
คำนิยาม	**โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital** หมายถึง มีกระบวนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้รับบริการ ญาติ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล **กระบวนการพัฒนา** ประกอบด้วย การประกาศนโยบายการพัฒนาด้าน สิ่งแวดล้อม เช่น ๕ ส. การประหยัดพลังงาน การจัดการขยะ ฯ โดยมีประเด็นการพัฒนา คือ การจัดการขยะทุกประเภท การพัฒนาห้องน้ำให้สะอาด การประหยัดพลังงาน การพัฒนาสิ่งแวดล้อม การพัฒนาสุขาภิบาลอาหาร ตามเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง มีการสร้างนวัตกรรมด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม และขยายสู่ชุมชน เป็น Green Community **การพัฒนาระดับ GREEN&CLEAN Hospital Plus** หมายถึง การพัฒนาโรงพยาบาล GREEN&CLEAN Hospital ผ่านระดับดีมาก และผ่านเกณฑ์ โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย และผ่านมาตรฐานด้านอาชีวอนามัย

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
-ดีมากขึ้นไป ร้อยละ 98 -ดีมาก Plus ร้อยละ 60	-ดีมากขึ้นไป ร้อยละ 98 -ดีมาก Plus ร้อยละ 60	-ดีมากขึ้นไป ร้อยละ 98 -ดีมาก Plus ร้อยละ 60	-ดีมากขึ้นไป ร้อยละ 98 -ดีมาก Plus ร้อยละ 60	-ดีมากขึ้นไป ร้อยละ 98 -ดีมาก Plus ร้อยละ 60	-ดีมากขึ้นไป ร้อยละ 98 -ดีมาก Plus ร้อยละ 60

วัตถุประสงค์	พัฒนาโรงพยาบาลให้ผ่านเกณฑ์ **GREEN&CLEAN Hospital** เพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และเป็นแบบอย่างของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข เป็นสถานที่ตัวอย่างในการจัดการสิ่งแวดล้อม และขยายเครือข่ายการทำงานลงสู่ชุมชน เป็นเกณฑ์ GREEN community
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (จำนวน 26 แห่ง) 2. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 3 แห่ง) (รพ.พระศรีมหาโพธิ์, รพ.มะเร็ง, รพ.แม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี (วารินชำราบ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบประเมินตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital และผลการประเมิน
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (สนง.สสจ.อุบลราชธานี)
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป A2 : จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป =A1/B*100 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus =A2/B*100
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (ตค.64 – 31 มีค.65) รอบที่ 2 (เมย. 65 – 31 สค.65)
วิธีการประเมินผล :	แบบประเมินตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital และผลการประเมินจากคณะกรรมการระดับจังหวัดออกประเมินรับรอง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ	100	100	100
ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ	100	100	100
ระดับดีมากขึ้นไป	ร้อยละ	44.83	75.86	93.10
ระดับดีมาก Plus	ร้อยละ	17.24	44.83	51.72

ที่มา : กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ สนง.สสจ.อบ.

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2565

ระดับพื้นฐาน คือ มีการพัฒนาผ่านเกณฑ์ ข้อ 1 ถึงข้อ 10

ขั้นตอนที่ 1 สร้างกระบวนการ (นโยบาย แผน) ข้อที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการกิจกรรม GREEN ข้อที่ 2-10

G: Garbage (การจัดการขยะมูลฝอยทุกประเภท) ข้อที่ 2- 3

R: Restroom (การพัฒนาส้วมมาตรฐาน) ข้อที่ 4

E: Energy (การจัดการด้านพลังงาน) ข้อที่ 5

E: Environment (การจัดการสิ่งแวดล้อมใน รพ.) ข้อที่ 6 - 7

N: Nutrition (การจัดการสุขาภิบาลอาหาร/น้ำบริโภคใน รพ.) ข้อที่ 8 - 10

ระดับดี คือ มีการพัฒนาระดับพื้นฐานและมีการพัฒนากิจกรรม (เพิ่มเติม 2 ข้อ) คือ

ข้อที่ 11 มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภท ถูกสุขลักษณะ

ข้อที่ 12 มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานมาตรฐานสะอาด เพียง และปลอดภัย(HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)

ระดับดีมาก คือ มีการพัฒนาระดับดี และมีการพัฒนากิจกรรม (เพิ่มเติม 2 ข้อ) คือ

ข้อที่ 13 มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาล และชุมชน

ข้อที่ 14 มีการสร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community

ระดับดีมาก Plus คือ มีการพัฒนาระดับดีมาก และผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (เพิ่มเติม 2 ข้อ) คือ

ข้อที่ 15 โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

ข้อที่ 16 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	มีแผนพัฒนา GREEN & CLEAN hospital และมีผลการประเมินตนเอง (ผ่านเกณฑ์)
2 คะแนน	ข้อ 1 + ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน
3 คะแนน	ข้อ 1, 2 + ผ่านเกณฑ์ระดับดี
4 คะแนน	ข้อ 1, 2, 3 + ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
5 คะแนน	ข้อ 1, 2, 3, 4 + ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus

เอกสารสนับสนุน	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital 2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 3. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขลดโลกร้อน 4. คู่มือการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย 5. คู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานพยาบาล
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายบดินทร์ บุญขันธ์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย โทรศัพท์ 091-020-4657 กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2.นางปิยะนุช คันศร ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 094-562-4651 กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางปิยะนุช คันศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 094-562-4651 กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 46	**อำเภอมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบในการบริหารจัดการสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**อำเภอละอย่างน้อย 1 แห่ง**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**2 คะแนน**
คำนิยาม	**การบริหารจัดการสิ่งปฏิกูล** หมายถึง การส่งเสริม สนับสนุน ให้ พชอ. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีการกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล มีการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น มีระบบการเฝ้าระวังการทิ้งตามที่หรือทางสาธารณะ หรือทิ้งตามที่เอกชน อันจะก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรค และเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
อำเภอ อย่างน้อย 1 แห่ง	อำเภอ อย่างน้อย 2 แห่ง	อำเภอ อย่างน้อย 3 แห่ง	-	-	-

วัตถุประสงค์	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานประเมิน และการประเมินรับรอง EHA 3002
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สนง.สสจ.อุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านการประเมินรับรอง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) ×100
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (ตค.64 – 31 มีค.65) รอบที่ 2 (เมย. 65 – 31 สค.65)
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลตามเกณฑ์ Milestone จำนวน 5 ข้อ (ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
จำนวนบ่อสิ่งปฏิกูล (อ.พิบูลมังสาหาร, เขื่องใน, ม่วงสามสิบ, กุดข้าวปุ้น, เหล่าเสือโก้ก, ศรีเมืองใหม่, นาตาล)	จำนวน (แห่ง)	1 บ่อ	1 บ่อ	1 บ่อ

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565
รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตค.64 – 31 มีค.65)
รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมย. 65 – 31 สค.65)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	มีการนำเสนอข้อมูลโรค ให้ข้อมูลชุมชน ประชาคม พชอ./สภา อปท.
2 คะแนน	กำหนดเป้าหมาย สถานที่ก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล
3 คะแนน	อปท.ตั้งงบประมาณ มีข้อบัญญัติการจัดการสิ่งปฏิกูลทุกแห่ง
4 คะแนน	มีการก่อสร้างและใช้งานระบบสิ่งปฏิกูล เฝ้าระวังการเทสิ่งปฏิกูล
5 คะแนน	อปท. มีบ่ออย่างน้อย 1 แห่ง และมีการดำเนินการตามกฎหมายผู้กระทำผิด

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายบดินทร์ บุญขันธ์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ โทรศัพท์ 091-020-4657 2. นายสุรทิน หมื่นอินทร์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ : 091-020-4657, 086-254-9462
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายสุรทิน หมื่นอินทร์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ : 091-020-4657, 086-254-9462

ตัวชี้วัด R 47	**ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**รพ.สต.ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระดับเริ่มต้น อย่างน้อยร้อยละ 10**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**2 คะแนน**
คำนิยาม	**การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม** หมายถึง การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพ ได้แก่ แรงงานในระบบ (ผู้ประกันตนระบบประกันสังคม และผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข) แรงงานนอกระบบ และประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60

วัตถุประสงค์	เพื่อการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพ ได้แก่ แรงงานในระบบ (ผู้ประกันตนระบบประกันสังคม และผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข) แรงงานนอกระบบ และประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต. 317 แห่ง ,สสช. จำนวน 5 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การตรวจประเมินและรับรอง ตามแบบประเมินมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
รายการข้อมูล 1	A: จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ (รวม สสช.)
รายการข้อมูล 2	B: จำนวน รพ.สต.เป้าหมายทั้งหมด (รวม สสช.)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และ ไตรมาสที่ 4 รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565 รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากการประเมินตนเองของหน่วยบริการ และการประเมินรับรองจากทีมระดับจังหวัด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ร้อยละสถานบริการ รพ.สต.+ สสช. ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตค.64 – 31 มีค.65)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมย. 65 – 31 สค.65)

ขั้นตอนดำเนินการ	เกณฑ์การประเมิน
ขั้นตอนที่ 1	รพ.สต. +สสช. มีการประเมินตนเอง (มากกว่าร้อยละ 50 ของ รพ.สต.+ สสช. ในแต่ละอำเภอ)
ขั้นตอนที่ 2	มีการประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน พร้อมทั้งมีการกำหนดพื้นที่/ประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ Hot Zone ของแต่ละอำเภอ
ขั้นตอนที่ 3	จัดทำแผนด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย เวชกรรมสิ่งแวดล้อม (มีเอกสารหลักฐานชัดเจน)
ขั้นตอนที่ 4	รพ.สต. + สสช. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา (**ตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป)**

การประเมินคะแนน Ranking ปี 2565

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	-
2 คะแนน	ทำได้ 1 ข้อ
3 คะแนน	ทำได้ 2 ข้อ
4 คะแนน	ทำได้ 3 ข้อ
5 คะแนน	ทำได้ทั้ง 4 ข้อ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายบดินทร์ บุญขันธ์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ โทรศัพท์ 091-020-4657 2. นางสาวทฤตมน ทองเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ : 091-013-6493
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวทฤตมน ทองเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ : 091-013-6493

ตัวชี้วัด R 48	**ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 4-7**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**วิกฤติระดับ 4 = 0 วิกฤติระดับ 7=0 (ความสำเร็จระดับ 5)**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**4 คะแนน**
คำนิยาม	**หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน** หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีวิกฤติทางการเงินตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้

ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์
1.1 CR < 1.5	1	CR = สินทรัพย์หมุนเวียน /หนี้สินหมุนเวียน
1.2 QR < 1.0	1	QR = เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้ / หนี้สินหมุนเวียน
1.3 Cash < 0.8	1	Cash Ratio = เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด / หนี้สินหมุนเวียน
2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน
2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NWC < 0	1	เงินทุนหมุนเวียน = สินทรัพย์หมุนเวียน หัก หนี้สินหมุนเวียน
2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) NI < 0	1	ผลประกอบการสุทธิ = รายได้ - ค่าใช้จ่าย
3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน
3.1 มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอรับภาระการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ)		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ

a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน	0	เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ
b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1	* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มีผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ
c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = 3 เดือน	2	
3.2 มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก)		
a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 6 เดือน	2	* กรณีมีกำไรจากผลการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน
b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1	
c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก < หรือ = 3 เดือน	0	
3.3 กรณี NWC ติดบวก & มี NI เป็นบวก	0	
3.4 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นลบ	2	
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) x 100
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

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และรอบที่ 2)

ลำดับ	กิจกรรมดำเนินงาน	เอกสารประกอบการประเมิน/คะแนนแต่ละกิจกรรม
1	มีการประชุมคณะกรรมการ CFO ทุกเดือน (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)	สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการ CFO ทุกเดือน = 2 คะแนน ทุก 2 เดือน = 1 คะแนน มีการประชุม = 0.5 คะแนน ไม่มีการประชุม = 0 คะแนน
2	มีการประชุมคณะกรรมการศูนย์รายได้เป็นประจำทุกเดือน (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)	สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการ ศูนย์รายได้ ทุกเดือน = 2 คะแนน ทุก 2 เดือน = 1 คะแนน มีการประชุม = 0.5 คะแนน ไม่มีการประชุม = 0 คะแนน
3	ทุนสำรองสุทธิ NWC (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)	NIWC ≥ 0 = 1 คะแนน NIWC <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 ≥ 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 หาร 2		

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางพัชราภรณ์ ศิริคุณ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 086-478-8115 โทรศัพท์มือถือ : 081-264-3693 2.นายปรีชา ทองมูล ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 089-722-8810 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวประภัสสร ศันสนะพิทยากร กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 086-478-8115 โทรศัพท์มือถือ : 081-265-8106

ตัวชี้วัด R 49	ระดับความสำเร็จองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ
ค่าเป้าหมายปี 2565	ความสำเร็จระดับ 5
ค่าถ่วงน้ำหนัก	2 คะแนน
คำนิยาม	**องค์กรแห่งความสุข** หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ได้แก่ สสจ. รพศ.รพท. รพช. และ สสอ. (รวม รพ.สต.) มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข สู่องค์กรแห่งความสุข อย่างยั่งยืน **การสร้างสุขในองค์กร** หมายถึง การดำเนินงานภายในองค์กรมุ่งเน้น การสร้างเสริมบุคลากรให้มีทั้งสุขภาพที่ดีและมีความสุขในการทำงาน โดยอาศัยหลักการ 3 ประการ คือ 1. คนทำงานมีความสุข (Happy People) การจัดสมดุลชีวิตในการทำงานได้อย่างมืออาชีพ มีศีลธรรมอันดีงาม และเอื้ออาทรต่อตนเองและผู้อื่น 2. ที่ทำงานน่าอยู่ (Happy Workplace) ที่ทำงานมีความปลอดภัย ดูแลความสุขในการทำงานของบุคลากรให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการอยู่ร่วมกันและมีการพัฒนาร่วมกัน 3. การทำงานเป็นทีม (Happy Teamwork) **องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ** หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข เพื่อเสนอคณะกรรมการ/คณะทำงานพิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ โดยใช้เครื่องมือ (Happy Public Organization : HPI) แบบประเมินสุขภาวะภาครัฐ (สำหรับหน่วยงาน) โดยสำนักนโยบายและแผนงาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข **ระดับความสำเร็จ** หมายถึง หน่วยงานมีกระบวนการทำงานพัฒนาองค์กร ตามขั้นตอนประกอบด้วย **ขั้นตอนที่ 1** : 1 คะแนน รายละเอียด คือ 1. มีการมอบหมายตัวชี้วัด ระบุผู้รับผิดชอบชัดเจนจัดประชุมชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานด้านดัชนีความสุขของบุคลากร (Happinometer) และความสุขขององค์กร (Happy Public Organization : HPI) 2. มีการประเมินความสุขของบุคลากรโดยใช้เครื่องมือ(Happinometer) และผู้บริหารประเมินความสุขขององค์กรโดยใช้เครื่องมือ(Happy Public Organization : HPI) โดยมีกลุ่มเป้าหมายตอบแบบประเมิน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป **ขั้นตอนที่ 2** : 2 คะแนน รายละเอียด คือ 1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขระดับอำเภอ มีรายงานการประชุมกรรมการ 2. มีการวิเคราะห์ผล และแปลผลความสุขของบุคลากร (Happinometer) และความสุขขององค์กร (Happy Public Organization : HPI)

	ขั้นตอนที่ 3 : 3 คะแนน รายละเอียด คือ 1. นำผลการวิเคราะห์มาดำเนินการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข(HPI) และพัฒนาความสุขของบุคลากร (Happinometer) รายมิติในด้านที่บกพร่อง 2. มีการดำเนินงานตามแผน โดยกำหนดวิธีการดำเนินงานในการประเมินผลความสำเร็จของแผนงานโครงการที่ชัดเจน **ขั้นตอนที่ 4** : 4 คะแนน รายละเอียด คือ 1. มีการสรุปความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ 2. มีการรายงานผลความสำเร็จของโครงการ ปัญหา อุปสรรค และถอดบทเรียนในแต่ละกิจกรรมตามแผนที่ดำเนินการ และจัดทำเป็นรูปแบบวิชาการ KM ได้แก่ Success story telling, Bright spot เป็นต้น **ขั้นตอนที่ 5 :** 5 คะแนน รายละเอียด คือ 1. เป็นองค์กรที่มีค่าคะแนนในระดับยอดเยี่ยม เป็นองค์กรแห่งความสุขตามเกณฑ์ HPI มีการคัดเลือกผลงานหรือโครงการที่ดำเนินการ เป็นวิชาการ 1 เรื่อง ในรูปแบบ KMได้แก่ Success story telling, Bright spot เพื่อเตรียมส่งผลงานวิชาการเข้าประกวดเวทีวิชาการทุกประเภท

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					
		2565	2566	2567	2568	2569	2570
มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ	แห่ง	4	5	6	7	8	10

วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข สู่องค์กรแห่งความสุข อย่างยั่งยืน และเป็นรูปธรรม
ประชากร **กลุ่มเป้าหมาย**	ระดับจังหวัดได้แก่ สสจ. รพศ. รพท. รพช. และ สสอ. (รวม รพ.สต.) 1. นับหน่วยงานที่ดำเนินการพัฒนาองค์กรความสุข (HPI) : ซึ่งหน่วยงานที่นับจำนวน มีดังนี้ 1.1 สสจ.อบ./รพศ./รพท./รพช. รวมจำนวน 27 หน่วยงาน 1.2 สสอ. (นับรวม รพ.สต.) รวมจำนวน 25 หน่วยงาน รวมหน่วยงานทั้งหมดในจังหวัดอุบลฯ ที่ต้องดำเนินการ HPI คือ 52 หน่วยงาน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.หน่วยงานสรุปและรวบรวมผลงานการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข ในรูปแบบ Power point หรือ VTR ตามเกณฑ์ที่จังหวัดกำหนด 2.หน่วยงานจัดส่งผลการดำเนินงาน เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการจังหวัดพิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ มายังกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.อบ. ทางอิเลคทรอนิกส์ไฟล์ E-mail : Patamarwadee29@gmail.com

แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A=หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ (หน่วยงาน)
รายการข้อมูล 2	B=หน่วยงานที่ผ่านการประเมินความสำเร็จระดับ 5 (หน่วยงาน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A x100 B
ระยะเวลาประเมินผล	รายเดือน รายไตรมาส ประเมิน Ranking 2 รอบต่อปี รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตค. 64 – 31 มีค.65) รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมย. 65 - 31 สค. 65)
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน

คะแนน Ranking ปีงบประมาณ 2565 รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)
รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน / เกณฑ์การประเมิน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1 คะแนน	ผ่าน				
2 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน			
3 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน		
4 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	
5 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางธิดารัตน์ บุญทรง ตำแหน่ง หัวหน้างานพัฒนาทรัพยากรบุคคล เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 089-626-9853 2.นางปฐมาวดี ทองดอนสังข์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 084 607- 2377 E-mail : Patamarwadee29@gmail.com กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางปฐมาวดี ทองดอนสังข์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 084 607- 2377 E-mail : Patamarwadee29@gmail.com กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 50	**ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) จังหวัดอุบลราชธานี**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5** ปีงบประมาณ 2565 มีข้อมูลบุคลากรทั้ง 5 ประเภท ในระบบ HROPS ครบทุกราย 100% และมีความถูกต้อง 100% ในประเด็นที่กำหนด (ใบประกอบวิชาชีพ วุฒิการศึกษา ข้อมูลการอบรม/วุฒิบัตร เงินเดือน การปฏิบัติราชการวันลา และประวัติส่วนตัว
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**2 คะแนน**
คำนิยาม	**ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) จังหวัดอุบลราชธานี** ปีงบประมาณ 2565 ประกอบด้วย 1. ข้อมูลข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) อยู่ในระบบ HROPS ครบ ทุกราย (100%) 2. ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) ทุกราย (100%) เข้าถึงข้อมูลในระบบ HROPS ผ่าน ระบบ Non-HR พิมพ์ ก.พ.7 และสามารถตรวจสอบข้อมูล ของตนที่อยู่ในระบบได้ 3. ข้อมูล (ใบประกอบวิชาชีพ วุฒิการศึกษา ข้อมูลการอบรม/วุฒิบัตร การปฏิบัติราชการ วันลา และประวัติส่วนตัว) ของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) ที่อยู่ในระบบHROPS มีความถูกต้อง สมบูรณ์ (100%) และทันเวลา 4. ข้อมูลข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) ในระบบ HROPS มีรายงานสถานการณ์กำลังคน ถูกต้องตรงกับการปฏิบัติงานจริง

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ข้อมูลบุคลากร ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงาน กระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ และทันเวลา สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และบุคลากรทุกรายเข้าถึงข้อมูลผ่านระบบ Non-HR
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพ (รพช./สสอ.) จำนวน 25 อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ การตรวจสอบข้อมูลจากระบบ และการนำไปใช้ประโยชน์

แหล่งข้อมูล	ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)
รายการข้อมูล 1	An = เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ที่ผ่านระดับคะแนน n (n=1-5)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอทั้งหมด (25 แห่ง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A x100 B
ระยะเวลาประเมินผล	รายเดือน รายไตรมาส ประเมิน Ranking 2 รอบต่อปี รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตค. 64 – 31 มีค.65) รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมย. 65 - 31 สค. 65)
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	- รายงานสถานการณ์กำลังคนตามปฏิบัติงานจริงของหน่วยงาน ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 - บุคลากรทุกประเภท ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) สามารถเข้าถึงข้อมูล และพิมพ์ ก.พ.7 ได้จากระบบ Non-Hr ครบทุกราย (100%) พร้อมทั้งลงนามรับรองข้อมูลของตนเอง ภายในวันที่ 15 ธันวาคม 2564 (รอบที่ 1)
2 คะแนน	- รายงานสถานการณ์กำลังคนตามปฏิบัติงานจริงของหน่วยงาน ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 - ปรับปรุงข้อมูล ได้แก่ ใบประกอบวิชาชีพ วุฒิการศึกษา ข้อมูลการอบรม/วุฒิบัตร การปฏิบัติราชการ และประวัติส่วนตัว ของ บุคลากรทุกประเภท ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ได้ถูกต้อง สมบูรณ์ ครบทุกราย ภายในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565
3 คะแนน	- บันทึกข้อมูลวันลา ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) 1 ต.ค.64 – 31 มีนาคม 2565 ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน
4 คะแนน	- รายงานสถานการณ์กำลังคนตามปฏิบัติงานจริงของหน่วยงาน ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 - บุคลากรทุกประเภท ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) สามารถเข้าถึงข้อมูล และพิมพ์ ก.พ.7 ได้จากระบบ Non-Hr ครบทุกราย (100%) พร้อมทั้งลงนามรับรองข้อมูลของตนเอง ภายในวันที่ 15 พฤษภาคม 2565 (รอบที่ 2)
5 คะแนน	- รายงานสถานการณ์กำลังคนตามปฏิบัติงานจริงของหน่วยงาน ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2565 - ปรับปรุงข้อมูล ได้แก่ ใบประกอบวิชาชีพ วุฒิการศึกษา ข้อมูลการอบรม/วุฒิบัตร การปฏิบัติราชการ และประวัติส่วนตัว ของ บุคลากรทุกประเภท ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ได้ถูกต้อง สมบูรณ์ ครบทุกราย ภายในวันที่ 15 กรกฎาคม 2565 - บันทึกข้อมูลวันลา ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) 1เม.ย 65– 30 ก.ย. 2565 ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน

การประเมินแบบ Milestone รอบที่ 1 และรอบที่ 2

คะแนน / ประเมินแบบ Milestone	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5
1 คะแนน	ผ่าน				
2 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน			
3 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน		
4 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	
5 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางเพชรี วงศ์วิศิษฏ์รังสี ตำแหน่งหัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคล เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 088-584-5744 2.นางสาวพลอยนลิน ค่ำคูณ ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สนง.สสจ.อุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ: 088 581-1198 E-mail : nuvareka@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวพลอยนลิน ค่ำคูณ ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สนง.สสจ.อุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ: 088 581-1198 E-mail : nuvareka@gmail.com

ตัวชี้วัด R 51	**ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ร้อยละ 92**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**2 คะแนน**
คำนิยาม	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หน่วยงานราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) เป็นไปภายใต้แนวคิดยิ่งเปิดเผยยิ่งโปร่งใส (More open, more transparent) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร /หลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุมการปฏิบัติราชการในทุกมิติของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้ ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามที่ปฏิทินกำหนด จำแนกเป็น 9 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (1) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (2) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (3) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (4) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (5) ตัวชี้วัดการรับสินบน (6) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (7) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต (8) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน (9) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 92	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92

<table>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>1. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้รับทราบถึงสถานะและปัญหาการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน
2. เพื่อเพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค นำมาตรการการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ มาบังคับใช้ และปฏิบัติอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร
3. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้มีการจัดการข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบระเบียบ เตรียมความพร้อมในการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะให้ได้รับทราบและส่งเสริมให้เกิดการตรวจสอบ</td></tr>
<tr><td>ประชากร
กลุ่มเป้าหมาย</td><td>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 แห่ง
2. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 4 แห่ง
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 25 แห่ง
4. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 22 แห่ง</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมายที่ตอบคำถามและแนบเอกสาร / หลักฐาน ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) และให้คะแนนการประเมินตามรอบการประเมิน 4 ไตรมาส คือไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)
กำหนดระดับคะแนนในแต่ละไตรมาส ดังนี้
<table>
<tr><td>ไตรมาสที่ 1</td><td>ไตรมาสที่ 2</td><td>ไตรมาสที่ 3</td><td>ไตรมาสที่ 4</td></tr>
<tr><td>ความสำเร็จ
ระดับ 5</td><td>ร้อยละ 82</td><td>ร้อยละ 87</td><td>ร้อยละ 92</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>1. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ
(Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT)
2. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (OIT) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 92 (ใน 1 ปี)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (52 หน่วยงาน)</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>A × 100/ B</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT)
1. ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี)
2. ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) รอบที่ 1 (31 มีค.65)
3. ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>4. ไตรมาสที่ 4 รอบ 12 เดือน (เดือนกันยายนของทุกปี) รอบที่ 2 (31 สค. 65)</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>หน่วยงานจำนวน 52 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 ไตรมาสที่ 3 และไตรมาสที่ 4 ดังนี้
การประเมินรอบไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม 2564)
Small Success : ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อ OIT 1–OIT 5 ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td></tr>
<tr><td>92</td><td>ร้อยละ</td><td>100</td><td>100</td><td>98.08</td></tr>
</table>
ที่มา : กลุ่มงานกฎหมาย สนง.สสจ.อุบลราชธานี
</td></tr>
</table>

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 - 31 มีนาคม 2565)

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 75-79
2 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 80-89
3 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90-100
4 คะแนน	(ผ่านระดับคะแนนที่ 3) และ ไม่มี จนท.ถูกชี้มูล
5 คะแนน	(ผ่านระดับคะแนนที่ 3) และ ไม่มี จนท.ถูกชี้มูล + ไม่ได้ถูกลงโทษ

<table>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1.นายพิทักษ์ มูลประดับ ตำแหน่ง นิติกรชำนาญการ
โทร. 091-831-2263
2. นางสาวอภิรดี จิตรแสวง ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ
กลุ่มงานกฎหมาย
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>1.นายพิทักษ์ มูลประดับ ตำแหน่ง นิติกรชำนาญการ
โทร. 091-831-2263
2.นางสาวอภิรดี จิตรแสวง ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ
กลุ่มงานกฎหมาย
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัด R 52	**ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพบัญชี (AC) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2565**
ค่าเป้าหมาย ปี 2565	**ความสำเร็จ ระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**การพัฒนาคุณภาพบัญชี** (Accounting Audit : AC) -เครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน 1. โปรแกรมตรวจสอบประเมินคุณภาพบัญชี อิเลคทรอนิคส์ 2. คู่มือตรวจสอบงบทดลอง 3. คู่มือตรวจสอบบัญชี **ระดับคะแนน** หมายถึง การที่หน่วยงานได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพบัญชี AC ได้ตามขั้นตอนเกณฑ์การดำเนินงานตาม Milestone 4 ขั้นตอน โดยมีกิจกรรมการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1. หน่วยงานมีการรับรู้ยอดเงินโอนตรงงวดการบันทึกบัญชีทุกเดือน(มีทะเบียนรับโอนเงิน หรือเครื่องมือจัดเก็บข้อมูลชัดเจน) 2. มีการรายงานผลการดำเนินงาน/ปัญหาอุปสรรค และวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินต่อคณะกรรมการ CFO และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกเดือน (มีหลักฐานร่องรอยการดำเนินงาน เชิงประจักษ์) 3. มีรายงานทางการเงินของลูกข่ายในเครือข่ายส่งครบทุกแห่ง ทุกเดือน (มีหลักฐานการกำกับติดตาม) 4. ผลงาน(คุณภาพบัญชีของแม่ข่าย) ทาง website ผ่านเกณฑ์ 100% (ตรวจสอบผ่าน website เชิงประจักษ์) โดยที่การประเมินให้ค่าคะแนน ข้อละ 1.25 คะแนน (รวม 5 คะแนนเต็ม)

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ทำได้ 4 ข้อ 5 คะแนนเต็ม	ทำได้ 4 ข้อ 5 คะแนนเต็ม	ทำได้ 4 ข้อ 5 คะแนนเต็ม	ทำได้ 4 ข้อ 5 คะแนนเต็ม	ทำได้ 4 ข้อ 5 คะแนนเต็ม	ทำได้ 4 ข้อ 5 คะแนนเต็ม

วัตถุประสงค์	1.เพื่อสร้างระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ 2.เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของงบการเงิน 3.ใช้เป็นเครื่องมือปรับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การพัฒนาคุณภาพบัญชี: เก็บข้อมูลจากระบบอิเลคทรอนิคส์รายเดือน
แหล่งข้อมูล	จาก Website 1.Webonlineintra.gfmis.go.th 2. www.hfo 64 .cfo.in.th 3. https://jad.moph.go.th/main/eia หรือ https://jad.moph.go.th/app

รายการข้อมูล 1	A= หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชี (แห่ง)
รายการข้อมูล 2	B= หน่วยงานที่เข้ารับการประเมิน (แห่ง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A x 100 B
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตค. 64 - 31 มีค. 65) รอบที่ 2 (1 เมย. 65 – 31 สค. 65)
วิธีการประเมินผล :	ประเมินตามเกณฑ์ Milestone 4 ขั้นตอน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
หน่วยงานผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	100	100	100

เกณฑ์การให้คะแนนRankingปี 2565 (รอบที่ 1 และรอบที่ 2)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1.25 คะแนน	หน่วยงานมีการรับรู้ยอดเงินโอนตรงงวดการบันทึกบัญชีทุกเดือน (มีทะเบียนรับโอนเงิน หรือเครื่องมือจัดเก็บข้อมูลชัดเจน)
1.25 คะแนน	มีการรายงานผลการดำเนินงาน/ปัญหาอุปสรรค และวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินต่อคณะกรรมการ CFO และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกเดือน (มีหลักฐานร่องรอยการดำเนินงาน เชิงประจักษ์)
1.25 คะแนน	มีรายงานทางการเงินของลูกข่ายในเครือข่ายส่งครบทุกแห่ง ทุกเดือน (มีหลักฐานการกำกับติดตาม)
1.25 คะแนน	ผลงาน(คุณภาพบัญชีของแม่ข่าย)ทาง website ผ่านเกณฑ์ 100% (ตรวจสอบผ่าน website เชิงประจักษ์)
รวบรวมคะแนนที่ดำเนินการได้ เต็ม 5 คะแนน	

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

ตัวชี้วัด R 53	**ระดับความสำเร็จการประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2565**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จ ระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**การประเมินระบบควบคุมภายในองค์กร** เป็นการประเมินระบบการควบคุมกำกับการทำงานให้มีความโปร่งใส ในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง กระบวนการจัดเก็บเงินให้มีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ทุกมิติ โดยมีกระบวนการประเมิน 5 ขั้นตอน **ระดับความสำเร็จ** หมายถึง ขั้นตอนการดำเนินงานประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ 2565 มีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนดังนี้ 1. มีการจัดวางระบบการควบคุมภายใน(คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ แผนการตรวจสอบกำกับติดตาม มีผู้รับผิดชอบชัดเจน) 2. มีรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ปค.4 ปค.5 (หลักฐานเชิงประจักษ์) 3. มีการจัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ส่งครบ ทันเวลา) 4. มีการนำระบบการควบคุมภายในที่ได้ดำเนินการไปสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วนถูกต้อง (มีแผนการควบคุมภายในไปดำเนินการเชิงประจักษ์ แผนออกดำเนินการ) 5. มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (มีแผนออกติดตาม หลักฐานเชิงประจักษ์)

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5

วัตถุประสงค์	เพื่อสร้างระบบการควบคุม กำกับงานด้านระบบกระบวนการภายในให้เกิดความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินตามเกณฑ์ Milestone 5 ขั้นตอน
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A= หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการควบคุมภายใน
รายการข้อมูล 2	B= หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตค. 64 - 31 มีค. 65) รอบที่ 2 (1 เมย. 65 – 31 สค. 65)
วิธีการประเมินผล :	ประเมินโดยการตรวจสอบเอกสาร หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	100	100	100

เกณฑ์การให้คะแนนRankingปี 2565 (รอบที่ 1 และรอบที่ 2)
ขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนดังนี้

1. มีการจัดวางระบบการควบคุมภายใน(คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ แผนการตรวจสอบ กำกับติดตาม มีผู้รับผิดชอบชัดเจน)
2. มีรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ปค.4 ปค.5 (หลักฐานเชิงประจักษ์)
3. มีการจัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ส่งครบ ทันเวลา)
4. มีการนำระบบการควบคุมภายในที่ได้ดำเนินการไปสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วนถูกต้อง (มีแผนการควบคุมภายในไปดำเนินการเชิงประจักษ์ แผนออกดำเนินการ)
5. มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (มีแผนออกติดตาม หลักฐานเชิงประจักษ์)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1
2 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1 + 2
3 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1 + 2 + 3
4 คะแนน	ทำได้ข้อที่ 1 + 2 + 3 + 4
5 คะแนน	ทำได้ทุกข้อ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายพิทักษ์ ทองทวน ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป โทร.089-722-6501 อีเมลล์ tuk_ubon@hotmail.com 2. นายอดิศักดิ์ ชามาตย์ หัวหน้างานตรวจสอบและควบคุมภายใน โทร. 082-159-1889 อีเมลล์ Adisak.ubon2514@gmail.com กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายอดิศักดิ์ ชามาตย์ หัวหน้างานตรวจสอบและควบคุมภายใน โทร. 082-159-1889 อีเมลล์ Adisak.ubon2514@gmail.com กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 54	**ระดับความสำเร็จอำเภอที่มีการบริหารจัดการด้านแผนงานโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จ ระดับ 5**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**2 คะแนน**
คำนิยาม	**ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการด้านแผน** หมายถึงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอมีการจัดทำแผนปฏิบัติการของเครือข่ายบริการสุขภาพ เป็นแบบ Single plan คือ ทุกแผนรวมเป็นแผนเดียวกัน เช่น แผนปฏิบัติการ, แผนกองทุนสุขภาพตำบล แผนเงินบำรุง แผนงบอื่นๆ เป็นต้น และมีกระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) การแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2) การวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ 3) การนำนโยบายสาธารณสุขจากทุกระดับ ประกอบการวางแผนในพื้นที่ 4) แผนปฏิบัติการของหน่วยงานสอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหาของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย 5) มีการสื่อสารแผนปฏิบัติงานของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ 6) มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล 7) มีการติดตามความก้าวหน้า การสรุปการประเมินผล และมีการรายงาน ตามห้วงเวลาที่กำหนด 8) แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 9) มีการเสนอโครงการให้ผู้บริหารระดับจังหวัดอนุมติโครงการตามห้วงเวลาที่กำหนด 10) มีการนำผลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานไปประกอบการวางแผนในรอบต่อไป

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5

วัตถุประสงค์	เพื่อให้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ มีการบริหารจัดการแผน ให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องนโยบายระดับจังหวัด เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข และมีความสอดคล้องกับแผนการเงินการคลัง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการนิเทศติดตามประเมินผลการทำงานของพื้นที่และตรวจสอบจากแผนปฏิบัติการที่ขอรับการอนุมัติ
แหล่งข้อมูล	แผนปฏิบัติการเครือข่าย/รายงานการเบิกจ่ายงบโครงการ

<table>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ที่ผ่านเกณฑ์การบริหารจัดการแผนระดับ5</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอทั้งหมด (25 แห่ง)</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>(A/B) X 100</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ประเมินแผนปฏิบัติ 1 ครั้ง และติดตามการดำเนินงานตามรอบการประเมิน
รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2565
รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2565 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>1.จากการนิเทศติดตามประเมินผลการทำงานของพื้นที่และตรวจสอบ
จากแผนปฏิบัติการที่ขอรับการอนุมัติ
2.ตรวจสอบจากการดำเนินงานตามแผนในห้วงเวลาที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td></tr>
<tr><td>ผลงาน</td><td>ร้อยละ</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr>
</table>
ที่มา : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สสจ.อุบลราชธานี
</td></tr>
</table>

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	1. มีการแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขจากผลงานรอบปีที่ผ่านมา 3. มีการนำนโยบายจากทุกระดับเพื่อประกอบการวางแผน
2 คะแนน	มีแผนปฏิบัติการของหน่วยงานที่สอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหาสาธารณสุข ของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย
3 คะแนน	1. มีการสื่อสารแผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ 2. มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล
4 คะแนน	มีการติดตามความก้าวหน้า การสรุปการประเมินผล มีการรายงานตามห้วงเวลาที่กำหนด 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
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางหรรษา ชื่นชูผล ตำแหน่ง หน.กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th 2.นางอุษณีย์ เกิดมี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 081-848-2883 Email : usanee31@yahoo.co.th หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางอุษณีย์ เกิดมี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 081-848-2883 Email : usanee31@yahoo.co.th หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th

ตัวชี้วัด R 55	**ร้อยละการเบิกจ่ายงบ Non UC ปี 2565 (สนง.สสอ.) มีประสิทธิภาพ**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ร้อยละ 100**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**งบNon UC (สนง.สสอ.)** หมายถึง เงินงบประมาณ (งบดำเนินงาน) ที่สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ ได้รับเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามภารกิจพื้นฐาน (งบผลผลิต จาก สป.ปีงบประมาณ 2565) การประเมินผลผู้รับผิดชอบงบประมาณ จะประเมินผลการดำเนินงานสรุปรายเดือน รายไตรมาส

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 -2570

ไตรมาสที่ 2 เบิกจ่ายสะสมได้ ร้อยละ 50

ไตรมาสที่ 4 (วัดสิ้นเดือนสิงหาคม 2565) เบิกจ่ายสะสมได้ ร้อยละ100

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

<table>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อให้แผนการใช้จ่ายเงินเป็นเครื่องมือในการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติงานและการ เบิกจ่ายเงินงบประมาณ รวมทั้งติดตามเร่งรัดการเบิกจ่ายเงินงบประมาณของหน่วยงานเป็นไป อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ทั้งนี้เพื่อส่งผลให้ ตัวชี้วัดร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณตามแผนของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด บรรลุตามมาตรการบริหารงบประมาณประจำปี 2565</td></tr>
<tr><td>ประชากร
กลุ่มเป้าหมาย</td><td>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง 25 แห่ง</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>รายงานสถานการณ์การเบิกจ่ายจากระบบ GFMIS</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>จากระบบ GFMIS</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = วงเงินงบประมาณ (งบดำเนินงาน) รายจ่ายที่ส่วนราชการได้เบิกจ่าย</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = วงเงินงบประมาณ (งบดำเนินงาน) รายจ่ายที่ส่วนราชการได้รับจัดสรร</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>_(A/B) X 100</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 - 31 มีนาคม 2565
รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2565 - 31 สิงหาคม 2565</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>ประเมินจากการเบิกจ่ายในระบบ GFMIS</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>-</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td></tr>
<tr><td>ผลงาน</td><td>ร้อยละ</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr>
</table>
ที่มา : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สสจ.อุบลราชธานี
</td></tr>
</table>

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565

รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2565

รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2565 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565

รอบประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบที่ 1	<ร้อยละ 44	ร้อยละ 44-45	ร้อยละ 46-47	ร้อยละ 48-49	≥ร้อยละ 50
รอบที่ 2 (สะสม)	<ร้อยละ 94	ร้อยละ 94-95	ร้อยละ 96-97	ร้อยละ 98-99	ร้อยละ 100

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางหรรษา ชื่นชูผล ตำแหน่ง หน.กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th 2.นางอุษณีย์ เกิดมี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 081-848-2883 Email : usanee31@yahoo.co.th หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางอุษณีย์ เกิดมี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 081-848-2883 Email : usanee31@yahoo.co.th หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th

ตัวชี้วัด R 56	**ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2565**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 100)**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**งบค่าเสื่อม** หมายถึง งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม) ในรอบปีงบประมาณ 2565 **การพิจารณาประเมิน** จะประเมินที่รายการค่าเสื่อม ที่ได้ดำเนินการตามกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างทางระเบียบการเงินการคลัง **รอบที่** 1 เน้นกระบวนการลงนามในสัญญาซื้อจ้าง ปีงบประมาณ 2565 **รอบที่** 2 เน้นกระบวนการเบิกจ่ายงบประมาณ ปีงบประมาณ 2565

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5	ความสำเร็จ ระดับ 5

วัตถุประสงค์	ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน รวมทั้งติดตามเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณของ หน่วยงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนด เป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของหน่วยงาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอทุกอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงานงบค่าเสื่อม website สปสช.
แหล่งข้อมูล	website สปสช.
รายการข้อมูล 1	A = วงเงินงบค่าเสื่อมปี 2565 ที่ได้ดำเนินการบันทึกลงใน website สปสช.
รายการข้อมูล 2	B = วงเงินงบค่าเสื่อมปี 2565 ที่ได้รับการจัดสรร
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 ครั้ง รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 - 31 มีนาคม 2565 รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

วิธีการประเมินผล :	1.ประเมินจากระบบโปรแกรมค่าเสื่อมของ สปสช. 2.รายงานงบค่าเสื่อม จาก สนง.สสจ.อุบลราชธานี 3.หลักฐานเชิงประจักษ์ (สำเนาสัญญา/เบิกจ่าย)
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ที่มา : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
ผลงาน	ร้อยละ	100	100	100

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

รอบประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบที่ 1 ประเมินระดับความสำเร็จ	ระดับที่ 1 -การลงนามในสัญญา <ร้อยละ 84	ระดับที่ 2 -การลงนามในสัญญา ร้อยละ 85-89	ระดับที่ 3 -การลงนามในสัญญา ร้อยละ 90-94	ระดับที่ 4 -การลงนามในสัญญา ร้อยละ 95-99	ระดับที่ 5 -การลงนามในสัญญา ร้อยละ 100
รอบที่ 2 ประเมินระดับความสำเร็จ	ระดับที่ 1 -ประเมินการเบิกจ่ายงบประมาณ <ร้อยละ 84	ระดับที่ 2 -ประเมินการเบิกจ่ายงบประมาณ ร้อยละ 85-89	ระดับที่ 3 -ประเมินการเบิกจ่ายงบประมาณ ร้อยละ 90-94	ระดับที่ 4 -ประเมินการเบิกจ่ายงบประมาณ ร้อยละ 95-99	ระดับที่ 5 -ประเมินการเบิกจ่ายงบประมาณ ร้อยละ 100

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางหรรษา ชื่นชูผล ตำแหน่ง หน.กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th 2.นายรังสรรค์ ศรีล้วน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร. 095-613-6676 Email : Rangsan2517@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายรังสรรค์ ศรีล้วน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร. 095-613-6676 Email : Rangsan2517@gmail.com

ตัวชี้วัด R 57	**ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ความสำเร็จ ระดับ 5 (ร้อยละ 80)**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**2 คะแนน**
คำนิยาม	**คุณภาพข้อมูล** หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจนเพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์ **การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล** ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2565 ประเมินจากข้อมูล**บุคคล (Person)** ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้น ๆ ประกอบด้วย 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID) 2. ข้อมูลเพศ (SEX) 3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) 4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION) 5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้ 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID) 1.1 ไม่เป็นค่าว่าง 1.2 ไม่เป็นเลข Generate 1.3 ตรงตามหลัก Mod 11 2. ข้อมูลเพศ (SEX) - ตรงตามรหัสมาตรฐาน และสอดคล้องตามตารางอ้างอิง 1 3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) - รายละเอียดตามแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION) 4.1. ตรงตามรหัสมาตรฐาน และประชากรสัญชาติไทย ต้องสอดคล้องกับเลขบัตรประชาชน ดังนี้ 4.1.1 เลขบัตรประชาชนไม่ขึ้นต้นด้วย 0 4.1.2 ไม่เป็นค่าว่าง 4.1.3 ไม่เป็นเลข Generate

	4.1.4 ตรงตามหลัก Mod 11 5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) 5.1 ตรงตามรหัสมาตรฐาน 5.2 กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น **ระยะเวลาในการประเมินผล** : ประมวลผลจาก HDC ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้น ๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม) ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย 1. ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy) 2. ความสอดคล้อง (Consistency) 3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness) ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness) **หน่วยบริการสุขภาพ** ประกอบด้วย โรงพยาบาลทุกระดับ จำนวน 26 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 317 แห่ง และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) 5 แห่ง CMU เขตเมือง และ PCU โรงพยาบาล

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพในหน่วยบริการทุกระดับ ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งและพิจารณาขยายผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ในปีต่อไป 2. เพื่อจัดเตรียมโครงสร้างข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ ภายใต้การปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ข้อมูลบริการสุขภาพ จากหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลทุกระดับ (26 แห่ง) / สนง.สสอ. (25 แห่ง) / รพ.สต. + สสช. (รวม 322 แห่ง) CMU เขตเมือง (จำนวน 5 แห่ง) (รพศ.) PCU โรงพยาบาล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. การสุ่มสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด 3. Health data center: HDC ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงาน (รพ. /รพ.สต./สสช./ CMU/ PCU) ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมด (รพ. รพ.สต. สสช. CMU PCU รพ.)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	คุณภาพข้อมูล = (A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินรายไตรมาส ประเมิน Ranking 2 รอบต่อปี รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากคุณภาพข้อมูลที่บันทึกตามคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข - จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประเมินรายหน่วยบริการ/รายจังหวัด - จากผลการสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
เอกสารสนับสนุนทางวิชาการ	1. มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 2. คู่มือการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล 3. คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 (http://spd.moph.go.th/healthdata/) 4. ตารางอ้างอิง (ข้อมูลเพศ) (http://spd.moph.go.th/healthdata/)

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	หน่วยบริการ มีคุณภาพข้อมูลผ่านเกณฑ์ น้อยกว่าร้อยละ 70
2 คะแนน	หน่วยบริการ มีคุณภาพข้อมูลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70-74
3 คะแนน	หน่วยบริการ มีคุณภาพข้อมูลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 75-79
4 คะแนน	หน่วยบริการ มีคุณภาพข้อมูลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80-84
5 คะแนน	หน่วยบริการ มีคุณภาพข้อมูลผ่านเกณฑ์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85

เกณฑ์การผ่านการประเมินคุณภาพข้อมูลของหน่วยบริการ

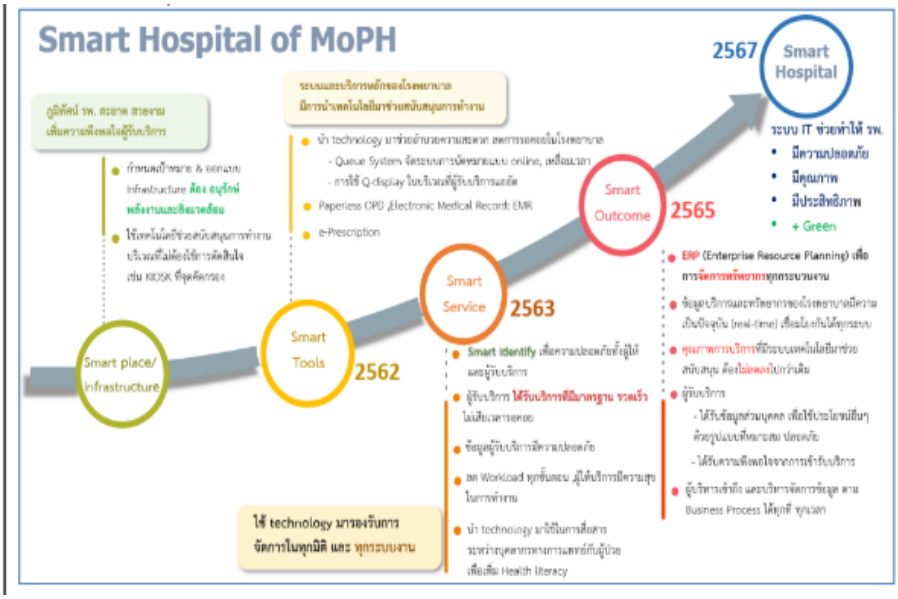
1. เลขบัตร ปชช. ถูกตามหลัก MOD11 >98%
2. เลขบัตร ปชช. ไม่เป็นค่าว่าง >98%
3. สถานการณ์จำหน่าย เทียบแฟ้ม person , death ถูกต้องครบถ้วน 100%
4. ต่างด้าวทุกราย ต้องมีรหัสการเป็นต่างด้าว

วิธีการประเมินผล

1) ประเมินจากคุณภาพข้อมูลที่บันทึกตามคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

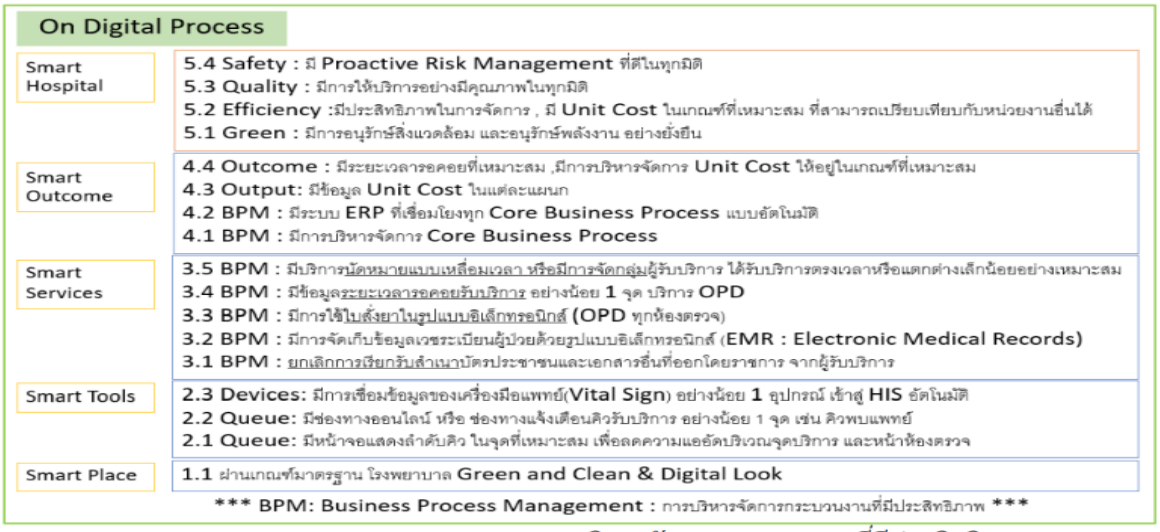
2) จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประเมินรายหน่วยบริการ/รายจังหวัด

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางหรรษา ชื่นชูผล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางหรรษา ชื่นชูผล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 58	**ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital (Smart tools & Smart service)**
ตัวชี้วัดย่อย R 58.1	**ร้อยละของหน่วยบริการทุกระดับที่เป็น Smart Hospital (Smart tools & Smart service) (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 100)**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ร้อยละ 100**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	-Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วใน การรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม  1) Smart Place/Infrastructure โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่ม ความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ 2) Smart Tools โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่างๆ ลดระยะเวลา เพิ่ม ความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิวรูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์ 3) Smart Services โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนงานที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตาม แผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และ

	พระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐ ผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดย ราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่าง เล็กน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น 4) Smart Outcome โรงพยาบาลมีการบริหารจัดระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกันได้อย่างอัตโนมัติ โดยนำระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) มาใช้ โดยเฉพาะระบบหลักของโรงพยาบาล (Core Business Process) เพื่อให้มีระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อการบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว ปูองกันความเสี่ยงด้าน การเงินการบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง ปูองกันปัญหาการขาดแคลนและความไม่สมดุลด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากร ในระบบบริการ มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการ จัดการระยะเวลารอคอยได้อย่างเหมาะสม 5) Smart Hospital โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการจัดการ มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสามารถเปรียบเทียบ (Benchmarking) กับหน่วยงานอื่นได้ มีการจัดการและป้องกันความเสี่ยง (Proactive Risk Management) ที่ดีในทุกมิติ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพดีในทุกมิติ และมีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ อนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน

เกณฑ์การประเมิน



*** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนงานที่มีประสิทธิภาพ*

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 กำหนดเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital มีการดำเนินงาน ดังนี้

1) Smart Place 1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

2) Smart Tools (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิวในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการและหน้าห้องตรวจ

2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์

2.3 Devices: มีการเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ

3) Smart Services (อย่างน้อย 4 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

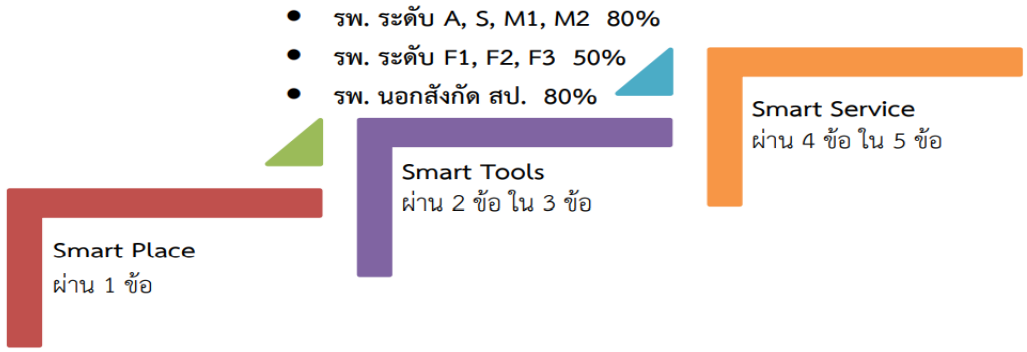
3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ

3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)

3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)

3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD

3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการ ตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม



เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย 2. โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ 3. บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพ ได้อย่างเหมาะสม 4. เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1.เป้าหมายที่ 1 หมายถึง รพ. ระดับ A, S, M1, M2 (รพศ., รพ.๕๐พรรษาฯ, รพร.เดชอุดม, รพ.วารินชำราบ, รพ.พิบูลมังสาหาร รพ.ตระการพืชผล) 2.เป้าหมายที่ 2 หมายถึง รพ. ระดับ F1, F2, F3
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการในกลุ่มเป้าหมาย รายงานผลการดำเนินงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 1 ที่เป็น Smart Hospital A2 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 2 ที่เป็น Smart Hospital
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 1 ทั้งหมด B2 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 2 ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	โรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 = (A1 / B1) x 100 (เป้าหมาย 6 แห่ง) โรงพยาบาลระดับ F1 – F3 = (A2 / B2) x 100 (เป้าหมาย 20 แห่ง)
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 - 31 มีนาคม 2565 รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2565 - 31 สิงหาคม 2565
วิธีการประเมินผล :	1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบผลการดำเนินงานและจัดส่งรายงานผลไปยังกองบริหารการสาธารณสุข 2) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ตรวจสอบข้อมูลการใช้โปรแกรม Smart Health ID ใน กระบวนการยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ และจัดส่งรายงานผลไป ยังกองบริหารการสาธารณสุข

เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ปี 2565

รอบที่ 1 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 - 31 มีนาคม 2565

รอบที่ 2 ระหว่าง 1 เมษายน 2565 - 31 สิงหาคม 2565

รอบประเมิน	รพ.ระดับ A S M1 M2	รพ.ระดับ F1 F2 F3
0 คะแนน	หน่วยงานไม่ผ่านตามเกณฑ์ Smart Hospital	หน่วยงานไม่ผ่านตามเกณฑ์ Smart Hospital
5 คะแนน	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางหรรษา ชื่นชูผล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางหรรษา ชื่นชูผล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ตัวชี้วัดย่อย R 58.2	**ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ติดตั้งและใช้งานระบบ Smart Refer**
ค่าเป้าหมายปี 2565	**ร้อยละ 100**
ค่าถ่วงน้ำหนัก	**1 คะแนน**
คำนิยาม	**-หน่วยงาน รพ.สต. /สสช.** / ต้องมีการติดตั้งระบบ Smart Refer และมีการดำเนินงานตามนโยบาย การส่งข้อมูลตามระบบ Refer โดยใช้โปรแกรม Smart Refer มีการวางระบบ Refer ของหน่วยงานระดับลูกข่าย เชื่อมโยงระบบ Refer กับโรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาล Node ไปจนถึงโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี

เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2565 - 2570

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานระดับปฐมภูมิมีการวางระบบ Refer ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีการวางระบบ Smart Refer ตามนโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานระดับ รพ.สต. (317 แห่ง) สสช. (5 แห่ง) CMU เขตเมือง จำนวน 5 แห่ง (รพศ.) , PCU โรงพยาบาล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สสจ.อุบลราชธานี ออกติดตามการติดตั้งระบบ Smart refer หน่วยงานระดับ รพ.สต. /สสช. /CMU และ PCU โรงพยาบาล และมีการใช้ระบบจริง
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A = หน่วยงานปฐมภูมิ (รพ.สต.+ สสช.+CMU +PCU รพ.) ที่มีการติดตั้งระบบ smart refer และมีการใช้ระบบจริง (จำนวน แห่ง)
รายการข้อมูล 2	B =จำนวนหน่วยงานปฐมภูมิ (รพ.สต.+ สสช.+CMU +PCU รพ.) (จำนวน แห่ง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 ครั้ง **รอบที่ 1** ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 - 31 มีนาคม 2565 **รอบที่ 2** ระหว่าง 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565)

วิธีการประเมินผล :	ติดตามการติดตั้งระบบ/การนำไปใช้จริง

เกณฑ์การให้คะแนนRanking ปี 2565 (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 85
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 85 - 89
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 90 - 94
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 95 - 99
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 100

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางหรรษา ชื่นชูผล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางหรรษา ชื่นชูผล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการ

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



045 -244-801 ต่อ 111



Yut_ssjubon@Hotmail.co.th

