

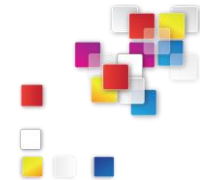


แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ 2566

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



คำนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี 2566 โดยมีความเชื่อมโยงกับนโยบายรัฐบาล นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับนโยบายเน้นหนักของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นโยบายเน้นหนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นกรอบแนวทางการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในสังกัดให้บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

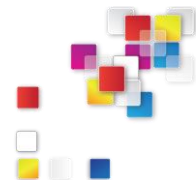
การจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี 2566 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้มอบนโยบายการทำงาน โดยกำหนดเป็นวิสัยทัศน์การทำงาน 4 ด้าน ประกอบด้วย (1) ระบบบริการสุขภาพได้มาตรฐาน (2) บริหารจัดการอย่างโปร่งใส (3) รวมใจภาคีเครือข่าย (4) มุ่งหมายสุขภาพประชาชน ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนา 4 Excellence คือ (1) PP&P Excellence (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ) (2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) (3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) (4) Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล) นอกจากนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ยังกำหนดเป้าหมายกลยุทธ์ที่ 5 คือ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและพัฒนาภาคีเครือข่าย

นอกจากนี้ภายในเล่มนี้ยังประกอบด้วย Template ตัวชี้วัด Ranking ประจำปีงบประมาณ 2566 จำนวน 65 ตัวชี้วัด ให้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานและรับการประเมินผลงานตามเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัด Ranking พร้อมทั้งการกำหนดช่วงเวลาในการกำกับติดตามและประเมินผล ประจำปีงบประมาณ 2566

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ขอขอบคุณคณะผู้บริหารงานสาธารณสุขเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีส่วนในการปรับปรุงและแก้ไขแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ 2566 ฉบับนี้ ให้มีความสมบูรณ์ และหวังว่าจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาด้านสาธารณสุข ให้กับหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ธันวาคม 2565

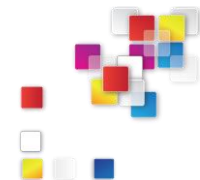




สารบัญ

	หน้า
นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566	1
นโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566-2568	2
ยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566	3
วิสัยทัศน์	3
พันธกิจ	3
เป้าประสงค์หลัก	3
ประเด็นยุทธศาสตร์	3
ค่านิยมองค์กร	3
วัฒนธรรมองค์กร	3
แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566-2570	4
นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566	5
การกำกับติดตามประเมินผล สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566	7
รายละเอียดตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2566	8
PP&P Excellence	14
R 1 ระดับความสำเร็จการป้องกันการตายมารดาไทยของหน่วยงานระดับอำเภอ (ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	15
R 2 เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย	18
R 2.1 เด็กปฐมวัยได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ชั่งน้ำหนักวัดความยาว/ ส่วนสูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90)	18
R 2.2 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ66).....	21
R 2.3 ร้อยละเด็กอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยการตรวจ Hct หรือ CBC (ร้อยละ 100)	23
R 2.4 ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาเด็ก 0-5ปี ได้รับการตรวจคัดกรอง พัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 95).....	24
R 2.5 ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 85).....	26
R 2.6 ระดับความสำเร็จ รพ.สต./PCU มีการบันทึกข้อมูล เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัย ล่าช้าหลังได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น (DSPM ครั้งที่ 2) ด้วยรหัสแยกรายด้าน เพื่อส่งต่อเข้าระบบ TEDA4I (ความสำเร็จระดับ 5)	28
R 3 ผลสำเร็จของการดำเนินงานกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I) (ความสำเร็จระดับ 5)	30
R 4 ระดับความสำเร็จในการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี (ความสำเร็จระดับ 5)	33
R 5 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน (ไม่เกิน 23 ต่อประชากรหญิงอายุ15-19ปี 1,000 คน)	36

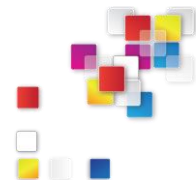




สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
R 6 ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan (ร้อยละ 95).....	38
R 7 ระดับความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ (ความสำเร็จระดับ 5)	41
R 8 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะ หกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	44
R 8.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30)	44
R 8.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับ การดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30)	47
R 9 ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5)	49
R 10 ผลสำเร็จของการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ความสำเร็จระดับ 5)	52
R 11 ร้อยละหมู่บ้าน/ชุมชนที่ควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation) (ระบาดช้ำน้อยกว่าร้อยละ 10).....	55
R 12 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเด็กอายุครบ 1 ปี	57
R 12.1 วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด (IPV) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)	57
R 12.2 วัคซีนโปลิโอชนิดหยอด (OPV3) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)	58
R 12.3 วัคซีนหัด,คางทูม,หัดเยอรมัน (MMR1) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95)	60
R 13 ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนCOVID19 เข็มกระตุ้น 3 ของประชากรกลุ่ม 608 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60)	62
R 14 คุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (รง.506) (ตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85)	64
R 15 ความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในคลินิกบริการ (ความสำเร็จระดับ 5)	67
R 16 ความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน (ความสำเร็จระดับ 5)	71
R 17 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเครือข่ายเฝ้าระวังการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสาธารณสุข (ความสำเร็จระดับ 5)	75
R 18 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา ที่มีประสิทธิภาพ ประหยัด สมเหตุผลและโปร่งใส (ความสำเร็จระดับ 5)	77
R 19 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมาย กำหนด (ความสำเร็จระดับ 5)	80
R 20 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนาตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) (ความสำเร็จระดับ 5)	83



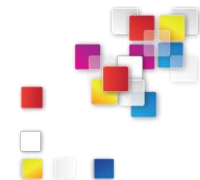


สารบัญ (ต่อ)

หน้า

R 21 ระดับความสำเร็จของ (รพ.สต.) ที่พัฒนาตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting hospital (ความสำเร็จระดับ 5)	86
R 22 ระดับความสำเร็จของอำเภอเมืองศรีนครกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบในการบริหารจัดการ สิ่งปฏิภนแบบครบวงจร (ความสำเร็จระดับ 5)	89
Service Excellence	91
R 23 ระดับความสำเร็จของผลลัพธ์การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (ความสำเร็จระดับ 5)	92
R 24 ระดับความสำเร็จของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน (ความสำเร็จระดับ 5)	95
R 25 ระดับความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ความสำเร็จระดับ 5).....	98
R 25.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90)	98
R 25.2 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90)	98
R 25.3 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90)	98
R 26.1 อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (น้อยกว่าร้อยละ 1)	104
R 26.2 อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (น้อยกว่าร้อยละ 1)	104
R 27.1 อัตราตายผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (น้อยกว่าร้อยละ 5)	108
R 27.2 อัตราตายผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (น้อยกว่าร้อยละ 5)	108
R 28 อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90)	113
R 29 ร้อยละการ admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน (ร้อยละ 100)	116
R 30 ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ร้อยละ 95)	118
R 31 ผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (ความสำเร็จระดับ 5).....	120
R 32 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base) (เพิ่มขึ้นร้อยละ 3)	126
R 33 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ (ความสำเร็จระดับ 5)	131

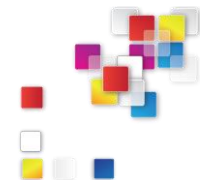




สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
R 34 ความสำเร็จการพัฒนา Service plan (ความสำเร็จระดับ 5)	137
R 34.1 ระดับความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ (Pneumonia) (ความสำเร็จระดับ 5)	137
R 34.2 ระดับความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (ความสำเร็จระดับ 5)	140
R 35 ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี (ร้อยละ 80)	145
R 36 ร้อยละการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Fit Test) (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10)	147
R 37 ร้อยละการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตราซาวด์ (ร้อยละ 100).....	149
R 38 ความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) (ความสำเร็จระดับ 5)	152
R 39 ความสำเร็จของการดำเนินงานบำบัดและติดตามเยี่ยมผู้ติดยาเสพติด (ความสำเร็จระดับ 5)...	155
R 40 ความสำเร็จของการดำเนินงาน To Be Number One ในระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5)	158
R 41 ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ (ความสำเร็จระดับ 5)	162
R 42 ระดับความสำเร็จของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและ ติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (ความสำเร็จระดับ 5)	165
R 43 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย (ความสำเร็จระดับ 5)	170
R 44 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการทันตสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ (ความสำเร็จระดับ 5)	175
R 45 ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ความสำเร็จระดับ 5)	180
R 45.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับ การรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ (ร้อยละ 5)	180
R 45.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5)	182
R 46 ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 35)	185

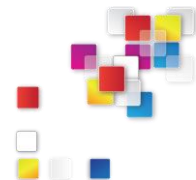




สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
R 47 ความสำเร็จในการพัฒนา ECS เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลทุกระดับ (ความสำเร็จระดับ 5)	189
R 48 ความสำเร็จในการพัฒนา ER คุณภาพของโรงพยาบาลทุกระดับ (ความสำเร็จระดับ 5)	192
R 49 ความสำเร็จของการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (ความสำเร็จระดับ 5)	195
People Excellence	199
R 50 ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5)	200
R 51 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) หน่วยงานระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5)	203
R 52 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ (ระดับอำเภอ) (ความสำเร็จระดับ 5)	205
Governance Excellence	210
R 53 ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ความสำเร็จระดับ 5)	211
R 54 ระดับความสำเร็จการประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายใน หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2566 (ความสำเร็จระดับ 5).....	214
R 55 ระดับความสำเร็จดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) หน่วยงานระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5)	217
R 56 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพผ่านการรับรอง กระบวนการคุณภาพ HA ขึ้นมาตรฐาน	221
(1) รพ.ระดับ A, S, M1 (ร้อยละ 100)	221
(2) รพ.ระดับ M2, F1-3 (ร้อยละ 90)	221
R 57 ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./สสข. ในสังกัด สป.) ที่ติดตั้งและใช้งานระบบ Smart Refer (ร้อยละ 100)	224
R 58 ระดับความสำเร็จการจัดระบบ Tele-Medicine ในโรงพยาบาล (ความสำเร็จระดับ 5)	226
R 59 ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 4 -7 (ความสำเร็จระดับ 5)	228
R 60 ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบการนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์เข้าระบบ GFMS ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2566 (ความสำเร็จระดับ 5)	232

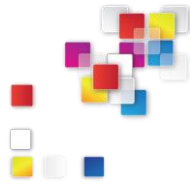




สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
R 61 ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพบัญชี (AC) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2566 (ความสำเร็จระดับ 5)	235
R 62 ระดับความสำเร็จของอำเภอมีการบริหารจัดการด้านแผนอย่างมีประสิทธิภาพ (ความสำเร็จระดับ 5)	238
R 63 ร้อยละการบริหารจัดการงบค่าเสื่อมปีงบประมาณ 2566 (ร้อยละ 100)	241
R 64 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด หน่วยงานระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5)	243
ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและพัฒนาเครือข่าย	249
R 65 ระดับความสำเร็จการดำเนินงานตามนโยบาย One Health (ความสำเร็จระดับ 5)	250






นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566

นายอนุทิน ชาญวีรกูล

รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



นโยบายมุ่งเน้น ปี 2566

นายอนุทิน ชาญวีรกูล
รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

คนไทยสุขภาพดี เศรษฐกิจมั่นคง (Health for Wealth)

สู่เป้าหมาย

“ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็ง ประเทศไทยแข็งแรง”

- 1

ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น

 - เพิ่มความครอบคลุมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่บ้านและชุมชน โดย 3 หมอ และ การแพทย์ทางไกล (Telemedicine)
 - สร้างโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของรัฐอย่างเป็นธรรม สะดวก และรวดเร็ว
 - โรงพยาบาลของประชาชน • บริการสุขภาพไร้รอยต่อ • ดูแลองค์รวมทั้งกายและจิต
 - เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล
- 2

ยกระดับการเสริมสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง

 - ปรับเปลี่ยนการสื่อสารสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ถูกต้อง ปลอดภัย ทันสมัย
 - ชุมชนเข้มแข็งร่วมพลังสร้างสุขภาพดี
 - สร้างแรงจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ทั้งกายและใจ
- 3

ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง

 - ส่งเสริมให้สูงวัยอย่างแข็งแรง
 - บูรณาการดูแลผู้สูงอายุทั้งร่างกาย จิตใจ ภาวะสมองเสื่อม
 - สนับสนุนโรงพยาบาลทุกระดับให้มีคลินิกผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น
- 4

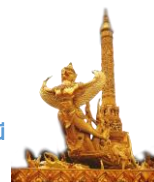
นำสุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจ

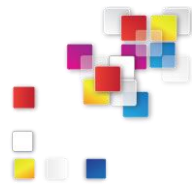
 - ส่งเสริมผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ สนุนไพรและภูมิปัญญาไทยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก
 - ขยายสู่การเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของภูมิภาคและประชาคมโลก
- 5

ข้อมูลสุขภาพเป็นของประชาชน และเพื่อประชาชน

 - พัฒนาข้อมูลดิจิทัลสุขภาพของประชาชน ที่มีมาตรฐานและธรรมาภิบาล เชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่ของประเทศ ให้ประชาชนได้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถใช้บริการสาธารณสุขได้ทุกที่ทุกเวลา

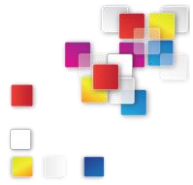
เปิดใช้งาน Windows
ไปที่ การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows





นโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566-2568
 นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์
 ปลัดกระทรวงสาธารณสุข





ยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ปีงบประมาณ 2566

วิสัยทัศน์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (Vision)

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

พันธกิจ (Mission)

พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

เป้าประสงค์หลัก (Goals)

1. ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพ
2. หน่วยบริการด้านสุขภาพทุกระดับ มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน
3. บุคลากรด้านสุขภาพ มีสมรรถนะและมีความสุข
4. หน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่งเป็นองค์กรแห่งคุณธรรม
5. ภาควิชาเครือข่ายมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic issue) สอดคล้องกับ 4 Excellence กระทรวงสาธารณสุข

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

ค่านิยมองค์กร

M = Mastery (เป็นนายตนเอง)

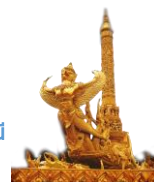
O = Originality (สร้างสรรค์สิ่งใหม่)

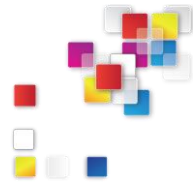
P = People centered approach (ใส่ใจประชาชน)

H = Humility (ถ่อมตน อ่อนน้อม)

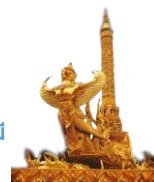
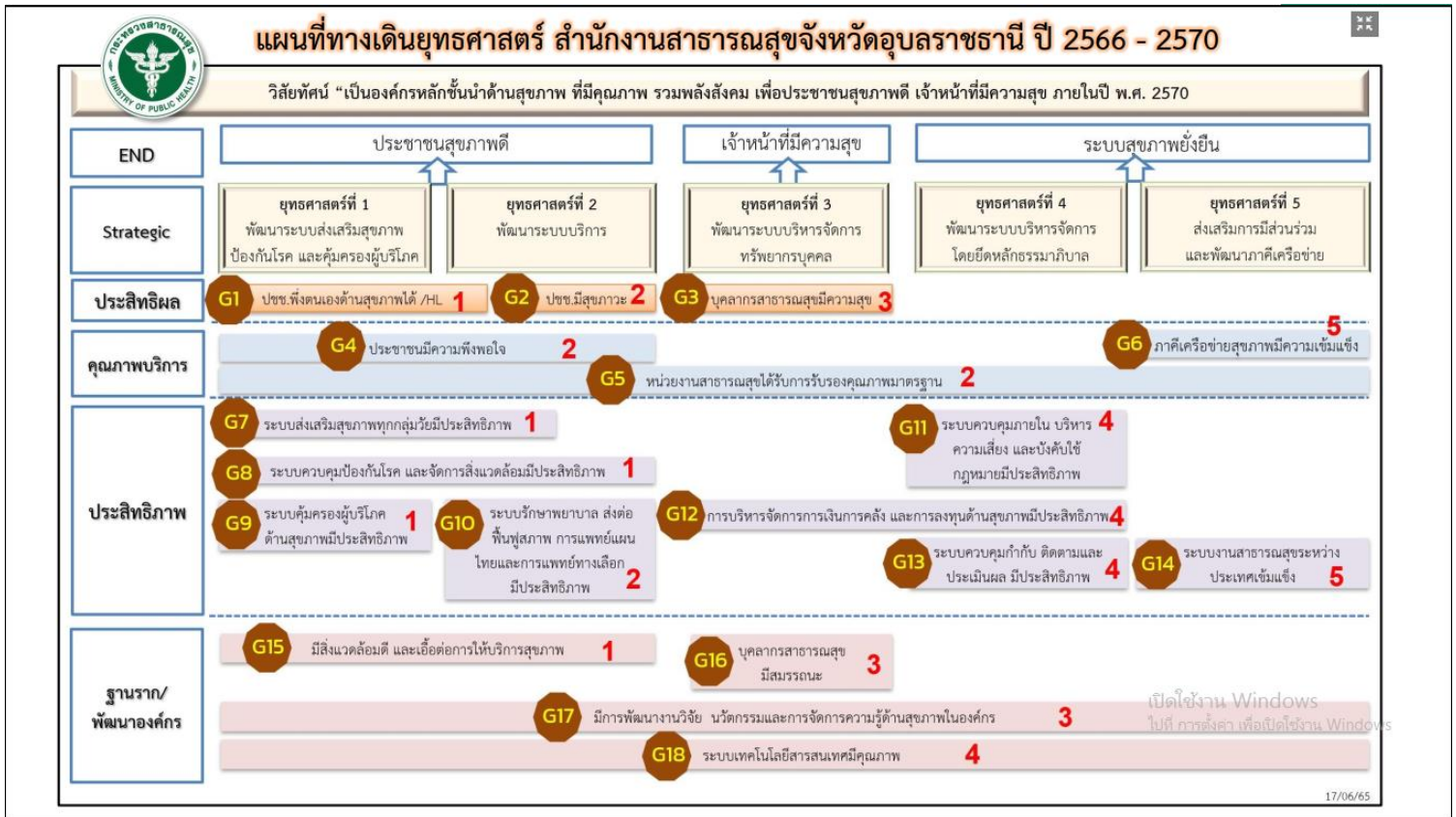
วัฒนธรรมองค์กร

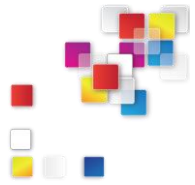
“รับผิดชอบ ตรงต่อเวลา พัฒนาเป็นนิจ จิตบริการ ทำงานเป็นทีม”



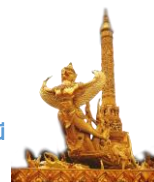
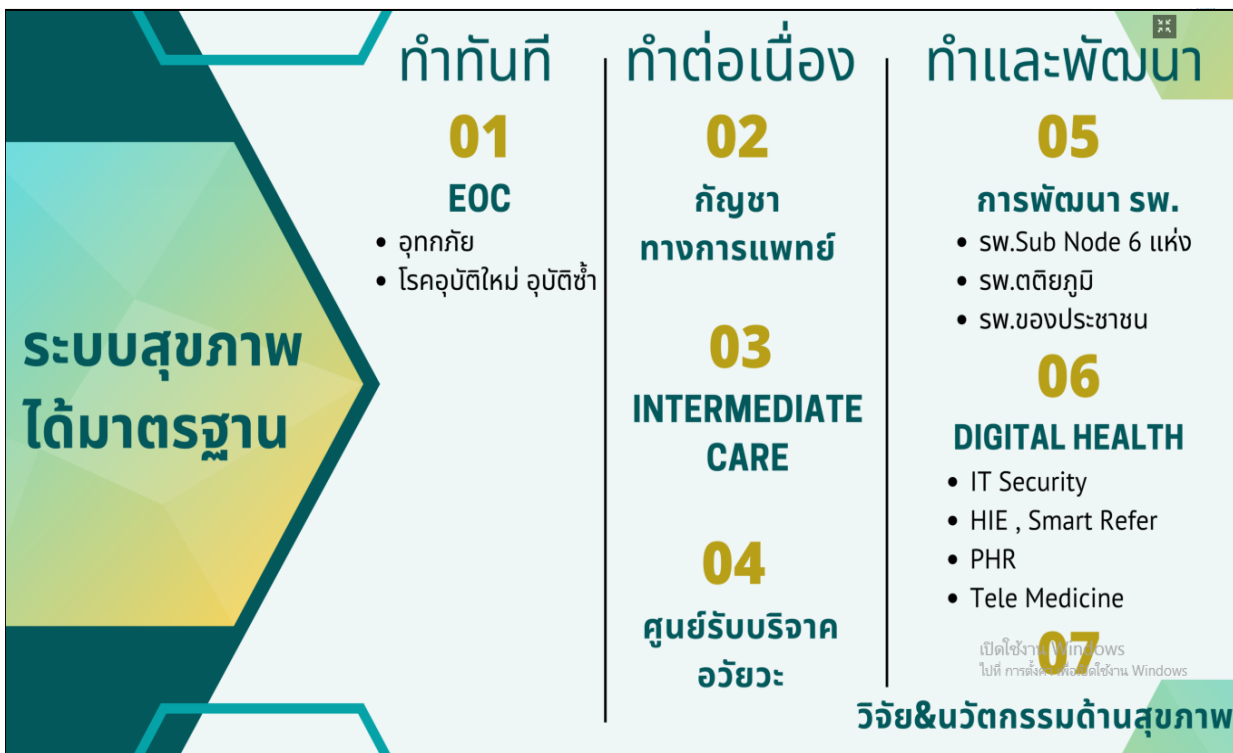


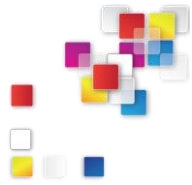
แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566 - 2570





นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2566
 นายแพทย์ธีระพงษ์ แก้วภมร
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี





บริหารจัดการ อย่างโปร่งใส

ทำทันที

01

พัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถการเงินการคลัง

- EMR คุณภาพ เพิ่มอัตราครองเตียง การส่งต่อสมเหตุสมผล
- ลดรายจ่าย (RDU การจัดซื้อยา/ วมย.รวมศูนย์ ลดการสำรองเวชภัณฑ์ คงคลัง)
- ลดการใช้พลังงาน/ใช้พลังงานทางเลือก
- M&E วิเคราะห์ ประเมินความเสี่ยง การควบคุมภายใน
- Total Performance Score : TPS

ทำต่อเนื่อง

02

บุคลากร

- HRP ด้านพัฒนาศักยภาพทักษะรายบุคคลให้สอดคล้องกับทิศทางองค์กร
- การสร้างความผูกพันต่อองค์กร
- สร้างสิ่งแวดล้อม/สวัสดิการให้เอื้ออำนวย เพื่อเป็นองค์กรแห่งความสุข
- อัตราค่าจ้าง/ค่าตอบแทนให้เหมาะสม
- ความก้าวหน้าในสายงานอาชีพ
- คนตรง จ.18

03

เปิดใช้งาน Windows ไปที่ การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows

ONE HEALTH

ร่วมใจ ภาคีเครือข่าย

ทำต่อเนื่อง

01

ถ่ายโอน sw.สต.

- ศูนย์ปฏิบัติการฯ
- บูรณาการการทำงานร่วมกัน (คน งาน เงิน)

02

HEALTH LITERACY

- ปรับพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมการดำเนินงานควบคุมโรคโดยชุมชน
- สนับสนุนและดึงศักยภาพภาคประชาชน ให้ร่วมดูแลส่งเสริมระบบสุขภาพ

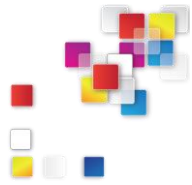
03

เปิดใช้งาน Windows ไปที่ การตั้งค่า เพื่อเปิดใช้งาน Windows

งานสาธารณสุขชายแดน

- ระบบส่งต่อระหว่างประเทศ
- Mini - MERT
- ความร่วมมือด้านวิชาการ
- การควบคุมโรคระหว่างประเทศ





ทำและพัฒนา

มุ่งหมาย สุขภาพ ประชาชน

01 สุขภาพผู้สูงอายุ

- SW.ผู้สูงอายุ
- การป้องกัน/ดูแล Stroke , STEMI , Hip#

03 OVCCA

- ตรวจคัดกรอง
- รักษา
- บ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล

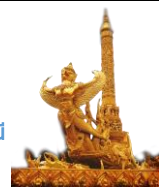
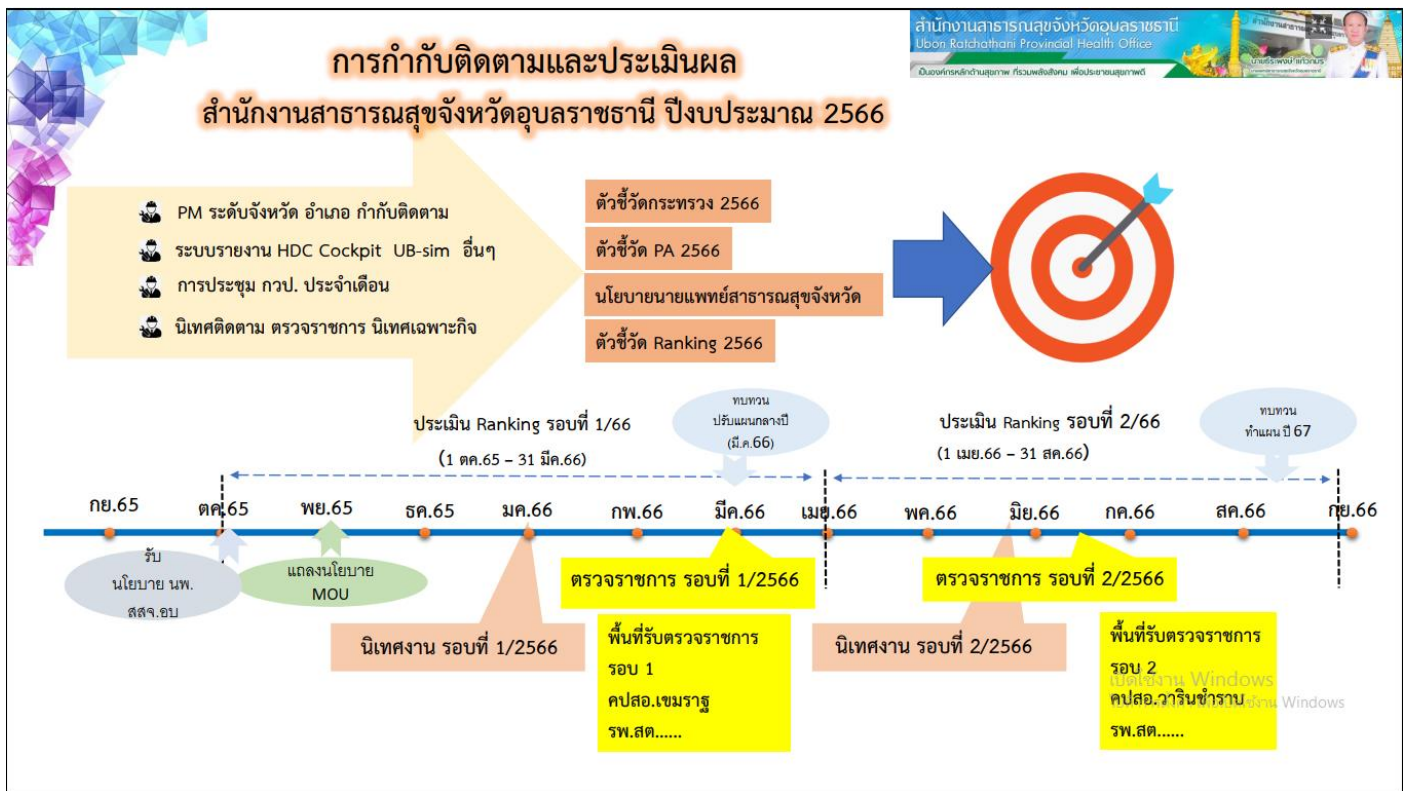
02 พัฒนาการเด็ก

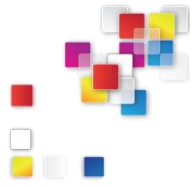
- ยาเสริมธาตุเหล็ก
- นม 90 วัน 90 กล้อง
- IQ , EQ

04 REMISSION DM

เปิดใช้งาน Windows
ไปที การตั้งค่า เพื่อใช้งาน Windows

การกำกับติดตามประเมินผล ปีงบประมาณ 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี





รายละเอียดตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2566
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



สรุปตัวชี้วัด Ranking ประจำปีงบประมาณ 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(ณ 1 ธันวาคม 2565)

ค่าน้ำหนักคะแนนรวม

100

คะแนน

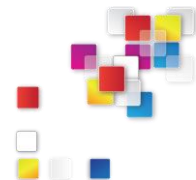
4 Excellence	แผนงานที่		รหัส R	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	นน.คะแนน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
1	1.PP&P	1	(R1)	ระดับความสำเร็จการป้องกันการตายมารดาไทยของหน่วยงานระดับอำเภอ	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน (ความสำเร็จระดับ5)	2	ส่งเสริมสุขภาพ
2	1.PP&P	1	(R2)	เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย			ส่งเสริมสุขภาพ
	1.PP&P	1	(R2.1)	เด็กปฐมวัยได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ซึ่งน้ำหนักวัดความยาว/ส่วนสูง	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ90	0.5	ส่งเสริมสุขภาพ
	1.PP&P	1	(R2.2)	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ66	0.5	ส่งเสริมสุขภาพ
	1.PP&P	1	(R2.3)	ร้อยละเด็กอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กโดยการตรวจ Hct หรือ CBC	ร้อยละ 100	2	ส่งเสริมสุขภาพ
	1.PP&P	1	(R2.4)	ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาเด็ก 0-5ปี ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 95	0.5	ส่งเสริมสุขภาพ
	1.PP&P	1	(R2.5)	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 85	0.5	ส่งเสริมสุขภาพ
	1.PP&P	1	(R2.6)	ระดับความสำเร็จ รพ.สต./PCU มีการบันทึกข้อมูล เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลังได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น (DSPM ครั้งที่ 2) ด้วยรหัสแยกทางด้าน เพื่อส่งต่อเข้าระบบ TEDA4I	ความสำเร็จระดับ 5	1	ส่งเสริมสุขภาพ
3	1.PP&P	1	(R3)	ผลสำเร็จของการดำเนินงานกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้า ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I)	ความสำเร็จระดับ 5	1.5	NCD
4	1.PP&P	1	(R4)	ระดับความสำเร็จในการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD
5	1.PP&P	1	(R5)	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน23ต่อประชากรหญิงอายุ15-19ปี 1,000 คน	1	ส่งเสริมสุขภาพ
6	1.PP&P	1	(R6)	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ 95	1	ส่งเสริมสุขภาพ
7	1.PP&P	1	(R7)	ระดับความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ	ความสำเร็จระดับ 5	2	ส่งเสริมสุขภาพ
8	1.PP&P	1	(R8)	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ			ส่งเสริมสุขภาพ
	1.PP&P	1	(R8.1)	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ30	1.5	ส่งเสริมสุขภาพ
	1.PP&P	1	(R8.2)	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ30	1.5	ส่งเสริมสุขภาพ
9	1.PP&P	3	(R9)	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	0.5	NCD
10	1.PP&P	3	(R10)	ผลสำเร็จของการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ความสำเร็จระดับ 5	0.5	NCD

4 Excellence	แผนงานที่			รหัส R	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	น.น.คะแนน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
11	1.PP&P	3		(R11)	ร้อยละหมู่บ้าน/ชุมชนที่ควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation)	ระบาดช้า น้อยกว่าร้อยละ10	1	ควบคุมโรคติดต่อ
12	1.PP&P	3		(R12)	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเด็กอายุครบ 1 ปี			ควบคุมโรคติดต่อ
	1.PP&P	3		(R12.1)	วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด(IPV)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ90	1	ควบคุมโรคติดต่อ
	1.PP&P	3		(R12.2)	วัคซีนโปลิโอชนิดหยอด(OPV3)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ90	1	ควบคุมโรคติดต่อ
	1.PP&P	3		(R12.3)	วัคซีนหัด,คางทูม,หัดเยอรมัน (MMR1)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ95	1	ควบคุมโรคติดต่อ
13	1.PP&P	3		(R13)	ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนCOVID19 เข็มกระตุ้น 3 ของประชากรกลุ่ม 608	ไม่น้อยกว่าร้อยละ60	1.5	ควบคุมโรคติดต่อ
14	1.PP&P	3		(R14)	คุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (รง.506) (ตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ85	1	ควบคุมโรคติดต่อ
15	1.PP&P	3		(R15)	ความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกบริการ	ความสำเร็จระดับ 5	2.5	NCD
16	1.PP&P	3		(R16)	ผลสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน	ความสำเร็จระดับ 5	2	NCD
17	1.PP&P	3		(R17)	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเครือข่ายเฝ้าระวังการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข	ความสำเร็จระดับ 5	2	ค.บ.ส.
18	1.PP&P	3		(R18)	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาและเวชภัณฑ์มีโฆษณาที่มีประสิทธิภาพ ประหยัด สมเหตุผลและโปร่งใส	ความสำเร็จระดับ 5	3	ค.บ.ส.
19	1.PP&P	3	/	(R19)	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	ความสำเร็จระดับ 5	1.5	อนามัยสิ่งแวดล้อม
20	1.PP&P	4	/	(R20)	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนาตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	ความสำเร็จระดับ 5	1.5	อนามัยสิ่งแวดล้อม
21	1.PP&P	4		(R21)	ระดับความสำเร็จของ (รพ.สต.) ที่พัฒนาตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting hospital (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	ความสำเร็จระดับ 5	1	อนามัยสิ่งแวดล้อม
22	1.PP&P	4		(R22)	ระดับความสำเร็จของอำเภอเมืองศรีนครสงคราม ท้องถิ่นต้นแบบในการบริหารจัดการสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร	ความสำเร็จระดับ 5	2	อนามัยสิ่งแวดล้อม
1	2.Service	5	/	(R23)	ระดับความสำเร็จของผลลัพธ์การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562	ความสำเร็จระดับ 5	3	พัฒนารูปแบบ
2	2.Service	5	/	(R24)	ระดับความสำเร็จของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	ความสำเร็จระดับ 5	2	พัฒนารูปแบบ
3	2.Service	6	/	(R25)	ระดับความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัยโรคปอดรายใหม่			ควบคุมโรคติดต่อ
				(R25.1)	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัยโรคปอดรายใหม่	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ90	1	ควบคุมโรคติดต่อ
	2.Service	6	/	(R25.2)	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัยโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ90	1	ควบคุมโรคติดต่อ

4 Excellence	แผนงานที่			รหัส R	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	นน.คะแนน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
	2.Service	6	/	(R25.3)	อัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ90	1.5	ควบคุมโรคติดต่อ
4				(R26.1)	อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	น้อยกว่าร้อยละ 1	0.5	ควบคุมโรคติดต่อ
	2.Service	6		(R26.2)	อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	น้อยกว่าร้อยละ 1	0.5	ควบคุมโรคติดต่อ
5				(R27.1)	อัตราตายผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	น้อยกว่าร้อยละ 5	0.5	ควบคุมโรคติดต่อ
	2.Service	6		(R27.2)	อัตราตายผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	น้อยกว่าร้อยละ 5	0.5	ควบคุมโรคติดต่อ
6	2.Service	6		(R28)	อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ90	1	ควบคุมโรคติดต่อ
7	2.Service	6		(R29)	ร้อยละการ admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มาบริการที่ ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน	ร้อยละ 100	1	ควบคุมโรคติดต่อ
8	2.Service	6		(R30)	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	ร้อยละ 95	1	ควบคุมโรคติดต่อ
9	2.Service	6		(R31)	ผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD
10	2.Service	6	/	(R32)	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	เพิ่มขึ้นร้อยละ 3	1	แพทย์แผนไทย ฯ
11	2.Service	6		(R33)	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD
12	2.Service	6		(R34)	ความสำเร็จการพัฒนา Service plan	ความสำเร็จระดับ 5		พัฒนารูปแบบ
	2.Service	6		(R34.1)	ระดับความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ (Pneumonia)	ความสำเร็จระดับ 5	2	พัฒนารูปแบบ
	2.Service	6	/	(R34.2)	ระดับความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	ความสำเร็จระดับ 5	2	พัฒนารูปแบบ
13	2.Service	6	/	(R35)	ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ30-60 ปี	ร้อยละ 80	0.5	NCD
14	2.Service	6	/	(R36)	ร้อยละการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Fit Test)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10	0.5	NCD
15	2.Service	6		(R37)	ร้อยละการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตราซาวด์	ร้อยละ 100	0.5	NCD
16	2.Service	6		(R38)	ผลสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract)	ความสำเร็จระดับ 5	0.5	NCD
17	2.Service	6		(R39)	ผลสำเร็จของการดำเนินงานบำบัดและติดตามเยี่ยมผู้ติดยาเสพติด	ความสำเร็จระดับ 5	2	NCD
18	2.Service	6	/	(R40)	ผลสำเร็จของการดำเนินงาน To Be Number One ในระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	1	NCD

4 Excellence	แผนงานที่			รหัส R	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	นน.คะแนน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
19	2.Service	6	/	(R41)	ผลสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมเครื่องมือแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ	ความสำเร็จระดับ 5	0.5	NCD
20	2.Service	6	/ /	(R42)	ระดับความสำเร็จของผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารพื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	ความสำเร็จระดับ 5	2	พัฒนารูปแบบ
21	2.Service	6	/	(R43)	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย	ความสำเร็จระดับ 5	2.5	ทันตสาธารณสุข
22	2.Service	6	/	(R44)	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการทันตสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ	ความสำเร็จระดับ 5	2.5	ทันตสาธารณสุข
23	2.Service	6	/	(R45)	ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์			แพทย์แผนไทย ๑
	2.Service	6	/ /	(R45.1)	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ 5	0.5	แพทย์แผนไทย ๑
	2.Service	6	/ /	(R45.2)	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	0.5	แพทย์แผนไทย ๑
24	2.Service	6	/	(R46)	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 35	1	แพทย์แผนไทย ๑
25	2.Service	7	/ /	(R47)	ผลความสำเร็จในการพัฒนา ECS เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลทุกระดับ	ความสำเร็จระดับ 5	0.5	NCD
26	2.Service	7	/	(R48)	ผลสำเร็จในการพัฒนา ER คุณภาพของโรงพยาบาลทุกระดับ	ความสำเร็จระดับ 5	0.5	NCD
27	2.Service	7	/	(R49)	ผลสำเร็จของการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	ความสำเร็จระดับ 5	0.5	NCD
1	3.People	10	/	(R50)	ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	1	บริหารทรัพยากรบุคคล
2	3.People	10	/	(R51)	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) หน่วยงานระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	1	บริหารทรัพยากรบุคคล
3	3.People	10	/	(R52)	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ (ระดับอำเภอ)	ความสำเร็จระดับ 5	1	บริหารทรัพยากรบุคคล
1	4.Governance	11	/ /	(R53)	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ความสำเร็จระดับ 5	2	กฎหมาย

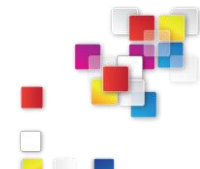
	4 Excellence	แผนงานที่			รหัส R	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	นน.คะแนน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
2	4.Governance	11		/	(R54)	ระดับความสำเร็จการประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2566	ความสำเร็จระดับ 5	1	บริหาร
3	4.Governance	11		/	(R55)	ระดับความสำเร็จดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) หน่วยงานระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	2	พัฒนารูปแบบ
4	4.Governance	11		/	(R56)	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ HA ชั้นมาตรฐาน (1) รพ.ระดับ A S M1 (ร้อยละ100) (2) รพ.ระดับ M2 F1-3 (ร้อยละ 90)	ความสำเร็จระดับ 5	1	พัฒนารูปแบบ
5	4.Governance	12		/	(R57)	ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./สสข. ในสังกัด สป.) ที่ติดตั้งและใช้งานระบบ Smart Refer	ร้อยละ 100	1.25	พัฒนายุทธศาสตร์
6	4.Governance	12		/	(R58)	ระดับความสำเร็จการจัดระบบ Tele-Medicine ในโรงพยาบาล	ความสำเร็จระดับ 5	1.25	พัฒนายุทธศาสตร์
7	4.Governance	13		/	(R59)	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 4-7	ความสำเร็จระดับ 5	4	ประกันสุขภาพ
8	4.Governance	13		/	(R60)	ระดับความสำเร็จการพัฒนาการนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์เข้าระบบGFMS ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2566	ความสำเร็จระดับ 5	1	บริหาร
9	4.Governance	13		/	(R61)	ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพบัญชี(AC) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2566	ความสำเร็จระดับ 5	1	บริหาร
10	4.Governance	13		/	(R62)	ระดับความสำเร็จของอำเภอมีการบริหารจัดการด้านแผนอย่างมีประสิทธิภาพ	ความสำเร็จระดับ 5	2	พัฒนายุทธศาสตร์
11	4.Governance	13		/	(R63)	ร้อยละการบริหารจัดการงบประมาณปีงบประมาณ 2566	ร้อยละ 100	1.5	พัฒนายุทธศาสตร์
12	4.Governance	14		/	(R64)	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อจากหน่วยงานระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	1	บริหารทรัพยากรบุคคล
1	5.ภาคีมีส่วนร่วม	11		/	(R65)	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานตามนโยบาย One Health	ความสำเร็จระดับ 5	2	พัฒนายุทธศาสตร์



PP&P Excellence

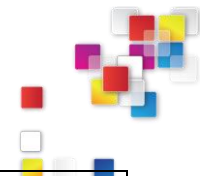
ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ





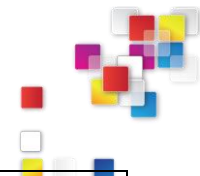
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 1)	ระดับความสำเร็จการป้องกันการตายมารดาไทยของหน่วยงานระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5) (ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>1. การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้อง หรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์และคลอด หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</p> <p>2. การเยี่ยมเสริมพลัง หมายถึง กระบวนการ (Process) การเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นที่มีหลักการและเหตุผลบนหลักฐานเชิงประจักษ์และวิชาการได้ผลลัพธ์เป็นระบบ (System) หรือแนวทาง (Guideline) การดูแลมารดาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด อย่างมีคุณภาพ(Quality) ลดการตายมารดา ตลอดจนชื่นชมให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการ ภาควิชาหรือข่าย ใช้ศักยภาพของตนเองและทีมงานดำเนินงานอย่างเต็มความสามารถในการพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้มาตรฐานสอดคล้องกับบริบท</p> <p>3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge sharing) รายโซน หมายถึง ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด ระดับอำเภอ (รพ.+รพ.สต.+รพ.สต.) ในเขตพัฒนาพื้นที่สาธารณสุขด้านสูติศาสตร์ มีความสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มาร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้วยความสมัครใจ เพื่อร่วมสร้างความเข้าใจ หรือพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Guideline) ในเรื่องนั้นๆ องค์ประกอบหลักที่สำคัญๆ ของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) มีอยู่ด้วยกัน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ คน สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก</p> <p>4. การติดตามและการประเมินผล (Monitoring and Evaluation) หมายถึง กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการดำเนินงาน (Process) และผลการดำเนินงาน (Output) เกี่ยวกับโครงการหรือกิจกรรมเพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับเพื่อทบทวนกับแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นของโครงการหรือกิจกรรม ร่วมกับมีกระบวนการตรวจสอบและตัดสินคุณค่า (Value judgement) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการดำเนินงาน (Process) และผลการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงโครงการหรือกิจกรรม และสรุปผลสำเร็จของโครงการหรือกิจกรรมเพื่อการพัฒนาต่อไป และต่อเนื่อง</p> <p>5. คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) หมายถึง กลุ่มบุคคล ซึ่งได้รับมอบหมายให้ดำเนินงานพัฒนาอนามัยแม่และเด็กให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เพื่อลดการตายมารดาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด</p>





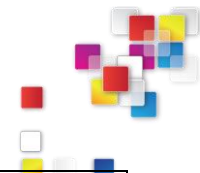
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
วัตถุประสงค์	<p>1. พัฒนาระบบ (System) การดูแลมารดาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ให้มีคุณภาพและให้มีมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กตามที่กำหนด</p> <p>2. พัฒนาระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพติดตามการดูแลหญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ให้มีคุณภาพมาตรฐาน เพื่อลดการตายของมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ สู่ระยะคลอด และหลังคลอด</p> <p>3. พัฒนาทักษะบุคลากรในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะปกติและภาวะวิกฤติ ให้มีความเชี่ยวชาญ</p>		
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์, หญิงขณะรอคลอด, ขณะคลอด และหญิงหลังคลอดภายใน 42 วัน		
วิธีจัดเก็บข้อมูล	<p>เมื่อเกิดมารดาตาย มีขั้นตอนรายงานมารดาตาย ดังนี้</p> <p>1. โรงพยาบาลที่มีแม่ตาย</p> <p>1.1 แจ้งข้อมูลการตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ระดับจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.1 แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์เฝ้าระวังมารดาตายภายใน 24 ชั่วโมง (กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.อุบลราชธานี และศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี)</p> <p>3. คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด</p> <p>3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์เฝ้าระวังมารดาตาย ภายใน 24 ชั่วโมง</p> <p>4. ศูนย์อนามัยที่ 10 จ.อุบลราชธานี</p> <p>4.1 ประสานกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย</p> <p>4.2 ส่งรายงานการตายมารดาเบื้องต้น ผ่าน http://savemom.anamai.moph.go.th ให้แก่กรมอนามัยภายใน 24 ชั่วโมง</p> <p>4.3 ประสานกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย</p> <p>4.4 จัดประชุมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา</p> <p>4.5 ศูนย์อนามัยจัด Case conference มารดาตาย ร่วมกับ MCH Board ระดับเขต จังหวัด และส่งต่อรายงานให้กรมอนามัยภายใน 45 วัน</p> <p>5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p> <p>5.1 วิเคราะห์ข้อมูลมารดาตายในภาพรวมและรายงานแก่คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานมารดาและทารกปริกำเนิดทุก 3 เดือน</p>		





	5.2 จัดทำรายงานประจำปีและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง		
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ		
รายการข้อมูลที่1	A : จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้น อุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด		
รายการข้อมูลที่2	B : จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน		
เกณฑ์การประเมินผลปี 2566			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิด มีชีพแสนคน
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566			
รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)			
รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)			
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
1 คะแนน	1. มีคำสั่งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board)		
2 คะแนน	1. มีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ทุกไตรมาส 2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก ได้รับการอบรมวิชาการงานอนามัยแม่และเด็ก ปีละ 1 ครั้ง		
3 คะแนน	1. หน่วยงานฝากครรภ์มีการประเมินครรภ์เสี่ยงสูงทุกรายตามแบบประเมินที่จังหวัดกำหนด 2. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge sharing) และเสริมพลัง (Empowerment) ใน รพ.สต. ปีละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 50 ของจำนวน รพ.สต.ทั้งหมด) (ไม่นับรวม รพ.สต.ถ่ายโอนภารกิจ ส่วนอำเภอ 3 แห่ง (ดอนมดแดง, นาเยีย, เหล่าเสือโก้ก) จะประสาน อบจ.ในการออกเยี่ยมเสริมพลัง)		
4 คะแนน	1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับการซ้อมแผนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินคลอด ปีละ 1 ครั้ง 2. รพ.ลูกข่าย ต้องได้รับการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก จากโรงพยาบาลแม่โขงสาขาสุโขทัย ปีละ 1 ครั้ง 3. รพ.แม่โขง ทุกแห่งต้องได้รับการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก จากคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ระดับจังหวัด ปีละ 1 ครั้ง		
5 คะแนน	1. ไม่มีหญิงตั้งครรภ์เสียชีวิต (นับมารดาตายที่ รพ.ต้นทาง) 2. มีการดำเนินงานตามรายละเอียดระดับคะแนน 1-4 คะแนน ทุกข้อ		
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน กับค่าเป้าหมาย		

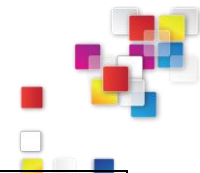




เอกสารสนับสนุน	1. แบบรายงานการตายมารดา CE หรือ แบบรายงาน g1 หรือ แบบสอบสวนการตายมารดา (อื่นๆ ถ้ามี) 2. แบบประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ 3. มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ โดยใช้ เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		พ.ศ.2563	พ.ศ.2564	พ.ศ. 2565
อัตราส่วนการตายมารดา	อัตราส่วนการตายต่อการเกิดมีชีพแสนราย	25.24	27.45	0
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เบอร์โทร 093-690-9991 อีเมลล์ chinoros131149@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางสาววรรณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทร 085-419-2898 อีเมลล์ keng295@hotmail.com			

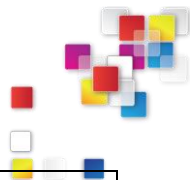
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการ /หรือผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 2)	เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย
ตัวชี้วัดย่อย (R 2.1)	เด็กปฐมวัยได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ชั่งน้ำหนักวัดความยาว/ส่วนสูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	1.อายุ 0 – 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังและติดตามการเจริญเติบโต โดยการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง แปลผลทุก 3 เดือน ความครอบคลุม ≥ 90 2.เด็กอายุ 0 – 5 ปี สูง ตีสมส่วน ≥ 66



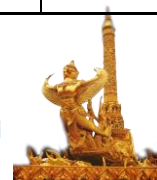


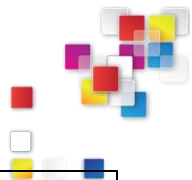
	<p>-การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตเด็กอายุ 0 – 5 ปี หมายถึง การจัดการ เครื่องมือและ วิธีการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง มีคุณภาพได้มาตรฐาน ซึ่ง เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังตามรอบระยะเวลาคือ ทุก 3 เดือนอย่าง ครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 มีการบันทึกและแปลผลภาวะโภชนาการ แจ้าง แก่บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง มีฐานข้อมูลการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการทั้งด้าน ขาดและด้านเกิน สรุปผลการเจริญเติบโตเด็กและแนวโน้มคืบหน้าสู่ชุมชนเพื่อแก้ไข หรือสนับสนุนการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วม</p> <ul style="list-style-type: none"> • เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน • สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูง ตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2563 (และประยุกต์จาก องค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ • สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการ เจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง $+1.5$ SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง • สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน ในคนเดียวกัน • ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กเพศชาย และเด็ก เพศหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน 								
เกณฑ์เป้าหมาย									
<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	-	-	-	
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69						
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	-	-	-						
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0 - 5 ปี 2. เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของเด็ก 0-5 ปี ให้สูงดีสมส่วน 3. เพื่อให้เด็ก 0-5 ปี มีคุณภาพชีวิตที่ดี 								
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่								
วิธีจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และบันทึกด้วยเทคนิค 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก 20.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 151.2 เซนติเมตร 2. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน PCU ของโรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลน้ำหนัก ความยาว/ส่วนสูง ของ เด็กจากหมู่บ้าน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โรงเรียนระดับอนุบาล และสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐ (คลินิกสุขภาพเด็กดี) ซึ่งไม่รวมการมารับบริการในกรณี <u>เจ็บป่วย</u> บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HOSXP PCU เป็นต้น เพื่อส่งออกแฟ้มข้อมูล Nutrition ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม 								





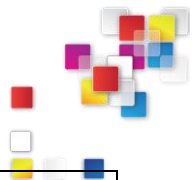
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 3) โรงเรียนระดับอนุบาล 4) หมู่บ้าน (จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)			
รายการข้อมูลที่ 1	A=จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง			
รายการข้อมูลที่ 2	B=จำนวนประชากรเด็กอายุแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส ไตรมาส 1 เดือนตุลาคม ไตรมาส 2 เดือนมกราคม ไตรมาส 3 เดือนเมษายน ไตรมาส 4 เดือนกรกฎาคม			
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566) รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)				
คะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน		
1 คะแนน		เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักน้อยกว่าร้อยละ 60		
2 คะแนน		เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 60-69		
3 คะแนน		เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 70-79		
4 คะแนน		เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักระหว่างร้อยละ 80-89		
5 คะแนน		เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90		
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC จังหวัดอุบลราชธานี กับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด			
เอกสารสนับสนุน	1.แนวทางการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วันแรกของชีวิต 2.แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ 3.แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี 4. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 5. info graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง 6. Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง 7. ชุดความรู้กิน กอด เล่น เล่า นอน ใฝ่ดูฟัน 8. สื่อโภชนาการ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-5 ปี ด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง (Augmented Reality : AR)			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		พ.ศ.2563	พ.ศ.2564	พ.ศ. 2565
เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักวัดความยาว/ส่วนสูง	ร้อยละ	77.68	89.82	72.64





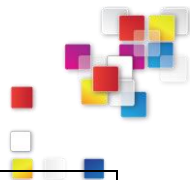
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เบอร์โทร 093-690-9991 อีเมลล์ : chinoros131149@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางจิรนนท์ เวียงนนท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์โทร 085-656-1588 อีเมลล์ : oppjra@gmail.com
ตัวชี้วัดย่อย (R 2.2)	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 66)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> • 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) โดยมีความมากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ • สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีความอยู่ในช่วง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง • สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน ในคนเดียวกัน • ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กเพศชาย และเด็กเพศหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน
เกณฑ์เป้าหมาย	เด็ก 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน \geq ร้อยละ 66
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0 - 5 ปี 2. เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของเด็ก 0-5 ปี ให้สูงดีสมส่วน 3. เพื่อให้เด็ก 0-5 ปี มีคุณภาพชีวิตที่ดี
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่
วิธีจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และบันทึกด้วยทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก 20.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 151.2 เซนติเมตร 2. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน PCU ของโรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลน้ำหนัก ความยาว/ส่วนสูง ของเด็กจากหมู่บ้าน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โรงเรียนระดับอนุบาล และสถานบริการ





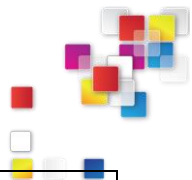
	สาธารณสุขของรัฐ (คลินิกสุขภาพเด็กดี) ซึ่งไม่รวมการมารับบริการในกรณีเจ็บป่วย บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HOSxP PCU เป็นต้น เพื่อส่งออกแฟ้มข้อมูล Nutrition ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 3) โรงเรียนระดับอนุบาล 4) หมู่บ้าน (จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)			
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน			
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 เดือนตุลาคม 65		ไตรมาส 2 เดือนมกราคม 66	
	ไตรมาส 3 เดือนเมษายน 66		ไตรมาส 4 เดือนกรกฎาคม 66	
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566				
รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)				
รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)				
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
1 คะแนน	เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 57			
2 คะแนน	เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ระหว่างร้อยละ 58-60			
3 คะแนน	เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ระหว่างร้อยละ 61-63			
4 คะแนน	เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ระหว่างร้อยละ 64-65			
5 คะแนน	เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 66			
วิธีประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC จังหวัดอุบลราชธานี กับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด			
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1.แนวทางการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วันแรกของชีวิต 2.แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ 3.แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี 4. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 5. info graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง 6. Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง 7. ชุดความรู้กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน 8. สื่อโภชนาการ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-5 ปี ด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง (Augmented Reality : AR) 			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		พ.ศ.2563	พ.ศ.2564	พ.ศ. 2565
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	50.82	63.31	62.42





ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เบอร์โทร 093-690-9991 อีเมลล์ chinoros131149@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางจิรนนท์ เวียงนนท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์โทร 085 656-1588 อีเมลล์ oppjra@gmail.com
ตัวชี้วัดย่อย (R 2.3)	ร้อยละเด็กอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กโดยการตรวจ Hct หรือ CBC (ร้อยละ 100)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	เด็กอายุ 6 – 12 เดือน หมายถึง เด็กอายุ 6 เดือน 0 วัน - เด็กอายุ 12 เดือน 29 วันทุกคนได้รับการตรวจหาความเข้มข้นของเลือดด้วยวิธีการตรวจ Hematocrit (Hct) หรือการตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดโดยการนับแยกด้วยเครื่องอัตโนมัติในเลือด CBC
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	1. ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการทางร่างกายและสติปัญญาที่สมบูรณ์ 2. เพื่อลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กสัญชาติไทยที่มีอายุ 6 - 12 เดือน ทุกสิทธิ์ที่มาใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง
วิธีจัดเก็บข้อมูล	บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 6 – 12 เดือนที่ได้รับการตรวจ Hct หรือ CBC แต่ละเดือน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 6 – 12 เดือนทั้งหมดในแต่ละเดือน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$= \frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน





เกณฑ์การให้คะแนน Ranking : รอบที่ 1 (ตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566) และ รอบที่ 2 (เมษายน 2566– กันยายน 2566)

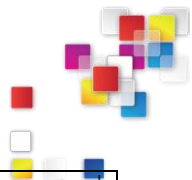
ตัวชี้วัด (ร้อยละ)	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
เด็กอายุ 6-12 เดือน ที่มีการคัดกรองภาวะ โลหิตจาง (ความครอบคลุม 100)	< ร้อยละ 80	ร้อยละ 80 - 84	ร้อยละ 85 - 89	ร้อยละ 90 - 94	ร้อยละ 95 - 99	ร้อยละ 100

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
เด็กอายุ 6-12 เดือน ที่มีการคัดกรองภาวะโลหิตจาง	-	ร้อยละ	เริ่ม 2566

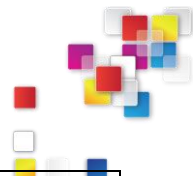
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เบอร์โทร 093-690-9991 อีเมลล์ chinoros131149@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางจิรนนท์ เวียงนนท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์โทร. 085-656-1588 อีเมลล์ oppjra@gmail.com
ตัวชี้วัดย่อย (R 2.4)	ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาเด็ก 0-5 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 95)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	- เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน - พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรอง ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260) คำนิยามเพิ่มเติม <ul style="list-style-type: none"> ● การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็น



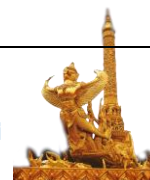


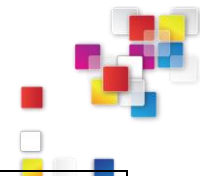
	<p>เด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก (1B261) และการติดตามประเมินพัฒนาการครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที (1B262) ● พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก (1B261) เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการตามวัย แล้วติดตามกลับมาตรวจคัดกรองพัฒนาการ ครั้งที่ 2 ภายใน 30 วัน <p>-เป้าหมายเด็กที่ต้องนำเข้าสู่ระบบกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าจาก DSPM หมายถึง เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง พบไม่ผ่านอย่างน้อย 1 ด้าน จากการตรวจคัดกรองพัฒนาการในครั้งที่ 2 (รหัส 1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242) เพื่อนำเข้าสู่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาล่าช้า (TEDA4I) ใน รพช./รพท. ● เด็กที่มีพัฒนาการที่ต้องส่งต่อทันที ได้แก่ เด็กที่มีพัฒนาล่าช้า ความผิดปกติชัดเจน และ/หรือเด็กกลุ่มป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย ● เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน TEDA4I จากพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาล่าช้า (TEDA4I) (รหัส 1B271, 1B272, 1B273, 1B274 และ 1B275)
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ 3. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)



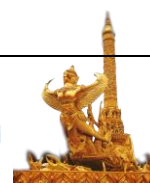


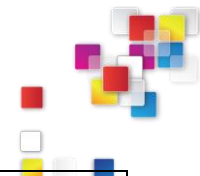
วิธีจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม				
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42และ60 เดือนที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด				
สูตรคำนวณ	$\frac{A \times 100}{B}$				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566)				
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking : รอบที่ 1 และ รอบที่ 2					
ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
-ร้อยละเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการสมวัย (หน่วย : ร้อยละ)	< 80	80 - 84	85 - 89	90 - 94	≥ 95
วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดอุบลราชธานี ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน)				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เบอร์โทร 093-690-9991 อีเมลล์ chinoros131149@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอรุณฯ สายเสมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 091-835-8036 E-mail : Aumaim204@gmail.com				
ตัวชี้วัดย่อย (R 2.5)	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 85)				
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.5 คะแนน				
คำนิยามตัวชี้วัด	- เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน - พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรอง ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)				





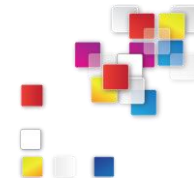
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 85				
วัตถุประสงค์	1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการ ทุกระดับ 3. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ				
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)				
วิธีจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม				
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง พัฒนาการโดยใช้คู่มือฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้ว ผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก A2 = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง พัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และ ประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมดที่ได้คัดกรองพัฒนาการ				
สูตรคำนวณ	ร้อยละเด็กมีพัฒนาการสมวัย = $\frac{(A1 + A2) \times 100}{B}$				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566)				
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking : รอบที่ 1 และ รอบที่ 2					
ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
-ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	< 70	70 - 74	75 - 79	80 - 84	≥ 85
วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดอุบลราชธานี ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน) การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เบอร์โทร 093-690-9991 อีเมลล์ chinoros131149@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				





ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอรุณา สายเสมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 091-835-8036 E-mail : Aumaim204@gmail.com
ตัวชี้วัดย่อย (R 2.6)	ระดับความสำเร็จ รพ.สต./PCU มีการบันทึกข้อมูล เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลังได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น (DSPM ครั้งที่ 2) ด้วยรหัสแยกรายด้านเพื่อส่งต่อเข้าระบบ TEDA4I (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> ● 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. ● เด็กที่มีพัฒนาการที่ต้องส่งต่อทันที ได้แก่ เด็กที่มีพัฒนาล่าช้า ความผิดปกติชัดเจน และ/หรือเด็กกลุ่มป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย ● เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน TEDA4I จากพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาล่าช้า (TEDA4I) (รหัส 1B271, 1B272, 1B273, 1B274 และ 1B275) เด็กที่พบสงสัยพัฒนาการล่าช้าจากการประเมิน DSPM ไม่ผ่านเกณฑ์ต้องดำเนินการส่งต่อเพื่อกระตุ้นด้วยเครื่องมือ TEDA4I ทุกคน (ร้อยละ 100)
เกณฑ์เป้าหมาย	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ 3. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566)



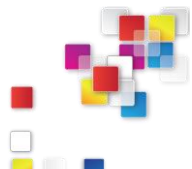


เกณฑ์การให้คะแนน Ranking : รอบที่ 1 และ รอบที่ 2

(นำคะแนนที่ได้มารวมกัน คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

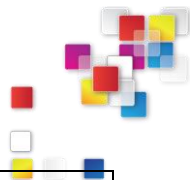
ค่าคะแนน	รายละเอียด/เกณฑ์การวัด
1 คะแนน	มีคณะทำงานเด็กปฐมวัยระดับอำเภอและตำบล (PM)
1 คะแนน	มีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานทุก 1 เดือน
1 คะแนน	มีการบันทึกข้อมูลเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (DSPM ครั้งที่ 1) ในโปรแกรมพื้นฐานถูกต้อง และทันเวลา
1 คะแนน	มีการบันทึกข้อมูล เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลังได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น (DSPM ครั้งที่ 2) ด้วยรหัสแยกรายด้าน เพื่อส่งต่อเข้าระบบ TEDA4I ทันที
1 คะแนน	มีการนัดหมายและคืนข้อมูลเด็กที่ต้องกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I ทุกคนให้กับพื้นที่ เพื่อติดตามและนำเด็กเข้าสู่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาล่าช้า ใน รพช./รพท. ให้ทันเวลา (เด็กได้รับการส่งต่อเพื่อกระตุ้น TEDA4I ทุกคน)
วิธีการประเมินผล	ดูกระบวนการทำงานและผลลัพธ์การทำงาน พบร่องรอยการทำงานหลักฐานเป็นที่ประจักษ์
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เบอร์โทร 093-690-9991 อีเมลล์ chinoros131149@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอรุญา สายเสมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 091-835-8036 E-mail : Aumaim204@gmail.com





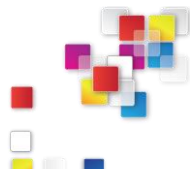
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 3)	ผลสำเร็จของการดำเนินงานกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I) (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>1.เป้าหมายเด็กที่ต้องนำเข้าสู่ระบบกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I</p> <p>1.1.เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าจาก DSPM หมายถึง เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองพบไม่ผ่านอย่างน้อย 1 ด้าน จากการตรวจคัดกรองพัฒนาการในครั้งที่ 2 (รหัส 1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242) เพื่อนำเข้าสู่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า (TEDA4I) ใน รพช./รพท.</p> <p>1.2.เด็กที่มีพัฒนาการที่ต้องส่งต่อทันที ได้แก่ เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า และ / หรือเด็กกลุ่มป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย</p> <p>2.เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน TEDA4I จากพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า (TEDA4I) (รหัส 1B271, 1B272, 1B273, 1B274 และ 1B275)</p> <p>3.การกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน หมายถึง การที่เด็กได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือ ประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมิน เพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ๆ เช่น คู่มือคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด -5 ปี โปรแกรม การฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย) เป็นต้น</p> <p>4.มีพัฒนาการสมวัยหลังเข้ารับการกระตุ้น หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>1. เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ แล้วพบว่ามีความล่าช้าที่ต้องได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75</p> <p>2. เด็กปฐมวัยที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการครบตามเกณฑ์ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55</p>





3. เด็กปฐมวัยที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I มีพัฒนาการสมวัย หลังเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35			
วัตถุประสงค์	1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต มีพัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วยเครื่องมือมาตรฐาน TEDA4I ของหน่วยบริการทุกระดับ 3. ส่งเสริมให้ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก มีความรู้ความสามารถ ในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าให้มีพัฒนาการสมวัย		
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type 1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง และ Type 3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)		
วิธีจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุข รพท. / รพช. นำข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ (และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม)		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566)		
เกณฑ์การประเมินผลปี 2566			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ความสำเร็จระดับ 5
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566			
รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566)			
รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2566- 31 ส.ค. 2566)			
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
1 คะแนน	พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตเด็ก ติดตามเด็กเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการต่อจาก DSPM ทุกราย (ไม่มีเด็กขาดการติดตามในระบบ) -ติดตามเด็กมาประเมิน TEDA4I ไม่ครบทุกราย (0 คะแนน) -ติดตามเด็กมาประเมิน TEDA4I ครบทุกราย (1 คะแนน)		
1 คะแนน	เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ แล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าที่ต้องได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 -ผลลัพธ์การประเมิน TEDA4I ระหว่างร้อยละ 50 -74.99 (0.5 คะแนน) -ผลลัพธ์การประเมิน TEDA4I มากกว่าร้อยละ 75 (1 คะแนน)		
1.5 คะแนน	เด็กปฐมวัยที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการครบตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า 90 วัน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55 -ผลงานระหว่างร้อยละ 45-50.99 (0.5 คะแนน) -ผลงานระหว่างร้อยละ 51-54.99 (1 คะแนน) -ผลงานมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 55 (1.5 คะแนน)		

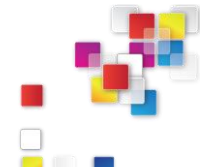




1.5 คะแนน	เด็กปฐมวัยที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I มีพัฒนาการสมวัย หลังเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35 -ผลงานระหว่างร้อยละ 25 -29.99 (0.5 คะแนน) -ผลงานระหว่างร้อยละ 30- 34.99 (1 คะแนน) -ผลงานมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 35 (1.5 คะแนน)
นำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อรวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	

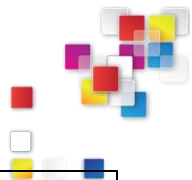
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		พ.ศ.2563	พ.ศ.2564	พ.ศ. 2565
เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I \geq ร้อยละ 75	ร้อยละ	73.71 (65%)	74.48 (70%)	86.75 (70%)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด เบอร์โทร 081-790-4981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1.นางเนาวรัตน์ สืบภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241918 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 082-165-3914 2.นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241918 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 091-828-0179			





ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence		
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย		
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์		
ชื่อตัวชี้วัด (R 4)	ระดับความสำเร็จในการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี (ความสำเร็จระดับ 5)		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน		
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>การคัดกรองเด็กนักเรียน 4 กลุ่มโรค หมายถึง การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กนักเรียนรายบุคคล โดยคุณครูประจำชั้น ด้วยเครื่องมือ 1.) แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับ 1.1) เด็กสมาธิสั้น 1.2.) ออทิสซึม 1.3.) แอลดี 1.4.) เด็กเรียนรู้ช้า 2.) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็ก และ 3.) แบบประเมินจุดอ่อนและจุดแข็ง (SDQ)</p> <p>เด็กอายุ 6-15 ปี หมายถึง เด็กอายุ 6 ปี 1 วัน ถึงอายุ 15 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่เรียนในสถานศึกษาทุกสังกัด ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>ระยะเวลาดำเนินงานคัดกรองโดยครู พฤศจิกายน 2565 - มีนาคม 2566</p> <p>โรคสมาธิสั้น (ADHD-Attention Deficit Hyperactivity Disorder) หมายถึง ภาวะผิดปกติทางจิตเวชที่ส่งผลให้มีสมาธิสั้นกว่าปกติ ขาดการควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้มีลักษณะอาการซุกซน วอกแวกง่าย ไม่เคยอยู่นิ่ง เวลาที่พูดด้วยจะไม่ตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดไม่ค่อยได้ ขาดความรับผิดชอบ พบได้ค่อนข้างบ่อยในเด็กที่มีช่วงอายุระหว่าง 3-7 ปี แต่ในรายที่เป็นไม่มาก อาการจะแสดงออกชัดเจนกว่าในช่วงหลัง 7 ขวบขึ้นไป โดยสาเหตุแท้จริงนั้นไม่สามารถทราบได้ชัดเจน แต่หนึ่งในนั้นคือการที่สมองส่วนหน้าซึ่งเป็นส่วนที่ทำหน้าที่ ในการควบคุมสมาธิ และการยับยั้งชั่งใจทำงานน้อยกว่าปกติ</p> <p>การประเมินเด็กเสี่ยงสมาธิสั้น หมายถึง การประเมินเด็กกลุ่มอายุ 6-15 ปี โดยใช้แบบประเมินตามแบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และการเรียนรู้ช้า โดยคุณครูประจำชั้นเป็นผู้ประเมินเด็ก และอยู่ใกล้ชิดเด็กเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 เดือน ซึ่งให้ครูประเมินเด็กจากการสังเกตลักษณะพฤติกรรมหรือปัญหาการเรียนที่เด็กแสดงออกบ่อย ๆ ทั้งนี้ ในเด็ก 1 คน อาจประเมินพบหลายภาวะที่สามารถเกิดร่วมกันได้</p> <p>การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก หมายถึง เด็กอายุ 6-15 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองโดยครู และประเมินซ้ำโดยพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD 10 หมวด F90.0-F90.9 ที่เข้ารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 จนถึงในปีงบประมาณปัจจุบัน</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
1. ร้อยละผลงานตรวจคัดกรองเด็กนักเรียน 4 กลุ่มโรค \geq ร้อยละ 80			
2. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50			
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์อย่างทันที่ เพราะการรักษาโรคนี้ต้องใช้เวลาและอาศัยความร่วมมือทั้งจากตัวเด็ก พ่อแม่ผู้ปกครอง และคุณครูผู้สอน ซึ่งต้องใช้หลายศาสตร์ร่วมกันเพื่อผลการรักษาที่ดี</p> <p>2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน สู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการดูแลช่วยเหลือเด็กวัยเรียนต่อไป</p>		





กลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-15 ปี ที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1.จหน.สาธารณสุข ประสานและชี้แจงครูประจำชั้นทุกห้องเรียนในโรงเรียนเขตรับผิดชอบ บันทึกข้อมูลการคัดกรองเด็กนักเรียนในโปรแกรม “ระบบงานเฝ้าระวังโรคจิตเวชในเด็ก” ในเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี URL : http://www.phoubon.in.th/ 2.รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงาน และแบบรายงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) แบบการประเมินตามแบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และระบบเฝ้าระวังโรคจิตเวชในเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2) แบบรายงาน School Health Hero กรมสุขภาพจิต 3) แบบรายงานผลการประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยง ในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 4) การบันทึกข้อมูลการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ในหน่วยบริการ (43 แห่ง) และส่งข้อมูลเข้า HDC จังหวัดอุบลราชธานี ทุกเดือน
แหล่งข้อมูล	1.สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง 2.ระบบเฝ้าระวังโรคจิตเวชในเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูลที่1	A = จำนวนผู้ป่วยอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น
รายการข้อมูลที่2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี คาดประมาณการจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ (สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จะแจ้งกำหนดเป้าหมายรายอำเภอ)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)X100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ/ปี รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2562	2563	2564	2565
ร้อยละของเด็กอายุ 6-15 ปี ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิต (\geq ร้อยละ 80)	ร้อยละ	3.23	69.00	40.70	28.62
การเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้น \geq ร้อยละ 50	ร้อยละ	13.22 ($\geq 18\%$)	23.65 ($\geq 25\%$)	33.02 ($\geq 30\%$)	45.60 ($\geq 30\%$)

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566)

รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2566- 31 ส.ค. 2566)

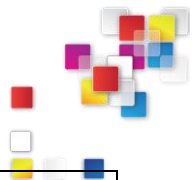
มีการดำเนินงานตามกระบวนการเป็นระดับแบบมีเงื่อนไข ดังนี้

กำหนดเป็นขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

กระบวนการประเมิน เป็นตามเงื่อนไข ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้ปฏิบัติงานเข้าถึงข้อมูลในระบบ HDC และมีทะเบียนรายชื่อเด็กที่ได้รับการคัดกรอง เด็กกลุ่มเสี่ยง และเด็กป่วยโรคสมาธิสั้น (1 คะแนน)
2. มีผลงานตรวจคัดกรองเด็กนักเรียน 4 กลุ่มโรค \geq ร้อยละ 80 (1 คะแนน)
3. มีการประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยงซ้ำ โดยครูและผู้ปกครอง (โดยใช้ SNAP-IV) และมีการแปลผล โดย จหน.สาธารณสุข \geq ร้อยละ 80 (1 คะแนน)
4. เด็กอายุ 6-15 ปี ที่มีความเสี่ยงได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น \geq ร้อยละ 50 (1 คะแนน)



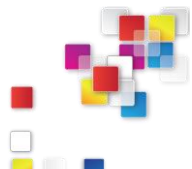


5. เด็กที่วินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ได้รับการติดตามการกินยาและดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 90 (1 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	สำเร็จ 1 ข้อ
2 คะแนน	สำเร็จ 2 ข้อ
3 คะแนน	สำเร็จ 3 ข้อ
4 คะแนน	สำเร็จ 4 ข้อ
5 คะแนน	สำเร็จ 5 ข้อ

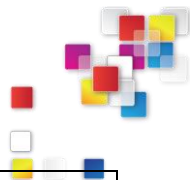
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1.จากฐานข้อมูลกรมสุขภาพจิต 2.แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และการเรียนรู้ช้า 3.ระบบเฝ้าระวังโรคจิตเวชในเด็ก สนง.สสจ.อุบลราชธานี 4.แบบรายงานผลการประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยง ในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 5.ระบบฐานข้อมูลเด็กป่วยสมาธิสั้น ใน HDC จังหวัดอุบลราชธานี
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด เบอร์โทร 081-790-4981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241918 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 086-464-9824 2.นางเนาวรัตน์ สืบภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-241918 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 082-165-3914





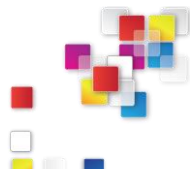
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ลักษณะ	ประเมินผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 5)	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน (ไม่เกิน 23 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี หมายถึง จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี ต่อ 1,000 คน
เกณฑ์เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2566 เป้าหมายไม่เกิน 23 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีทำการเก็บข้อมูล
วิธีจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1.ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย 2.ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor) คู่อข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN)
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีจากระบบ HDC = $(A/B) \times 1,000$
รายการข้อมูล 3 (Adjusted)	A: ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีจากฐานทะเบียนราษฎร ปีที่ผ่านมา/อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีจากฐานข้อมูล HDC ปีที่ผ่านมา B: อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีจากระบบ HDC (ทำเป็นอัตราคงที่ของทั้งปี) ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 2 ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4
สูตรคำนวณ	AXB
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1: 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2565–กุมภาพันธ์ 2566) = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 (HDC adjusted) รอบที่ 2 : 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2566–กรกฎาคม 2566) = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 (HDC adjusted)





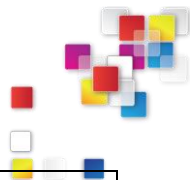
Based Line Data				
Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2563	2564	2565
การคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	อัตราต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	25.64	14.51	8.30
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566				
รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)		รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)		
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
1 คะแนน	อัตรา 26 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปีพันคน			
2 คะแนน	อัตรา 25 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปีพันคน			
3 คะแนน	อัตรา 24 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปีพันคน			
4 คะแนน	อัตรา 23 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปีพันคน			
5 คะแนน	อัตรา 22 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปีพันคน			
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> พระราชบัญญัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) คู่มือมาตรฐานส่งเสริมเครือข่ายการดำเนินงานระดับพื้นที่ด้วยกลไกอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือการส่งเสริมเครือข่ายด้วยโปรแกรม Teenactindicators 			
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรสาร : 045-241918 E-mail : Chinoros131149@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางปริดา วรากรโอรุท ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 099-268-8599 โทรสาร : 045-241918 E-mail : mai.j4959@gmail.com			



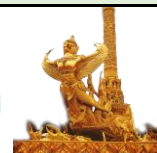


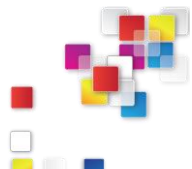
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ลักษณะ	ประเมินผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 6)	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan (ร้อยละ 95)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p>2. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ/ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือที่ผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง</p> <p>3. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทุกสัปดาห์ 9 เดือน และ 12 เดือน - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 10 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข) <p>**** โดยการประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	เป้าหมายปีงบประมาณ 2566 (ร้อยละ 95)
วัตถุประสงค์	เพื่อวางแผนการดูแลส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดย Care Manager / Caregiver / อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว
กลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา 2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา
วิธีจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย 2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) <ul style="list-style-type: none"> - พื้นที่จัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - เสนอ Care Plan ผ่านคณะกรรมการกองทุน Long Term Care ระดับตำบล





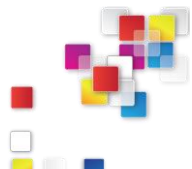
	<p>- Care Manager ระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลระบบผลการอนุมัติรายงาน Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองท้องถิ่นและกรมอนามัย</p> <p>- การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)</p> <p>- ระดับกรมอนามัยเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลระบบโปรแกรม DOH Dashboard กรมอนามัย เพื่อการตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังและเป็นฐานข้อมูลกลางด้านผู้สูงอายุของประเทศต่อไป</p>										
แหล่งข้อมูล	<p>- Blue Book Application กรมอนามัย</p> <p>- ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย</p> <p>- ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>- ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- DOH Dashboard กรมอนามัย</p> <p>หมายเหตุ : ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัย และระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)</p>										
รายการข้อมูลที่1	<p>A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan</p> <p>หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565 เป็นต้นไป นับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน</p>										
รายการข้อมูลที่2	<p>B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในประเทศไทยที่เข้าร่วมโครงการ LTC</p> <p>หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565 เป็นต้นไป นับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน</p>										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ประเมิน 2 รอบ/ปี</p> <p>รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566</p> <p>รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566</p>										
เกณฑ์การประเมินผลปี 2566											
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
-	ร้อยละ 85	-	ร้อยละ 95								
<p>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566</p> <p>รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566)</p> <p>รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2566- 31 ส.ค. 2566)</p> <p>ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan (หน่วย : ร้อยละ)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #d9ead3;">คะแนน</th> <th style="background-color: #d9ead3;">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #d9ead3;">1 คะแนน</td> <td style="background-color: #d9ead3;">น้อยกว่าร้อยละ 65</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d9ead3;">2 คะแนน</td> <td style="background-color: #d9ead3;">ระหว่างร้อยละ 65 – 74</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d9ead3;">3 คะแนน</td> <td style="background-color: #d9ead3;">ระหว่างร้อยละ 75 - 84</td> </tr> </tbody> </table>				คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 65	2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 65 – 74	3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 75 - 84
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน										
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 65										
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 65 – 74										
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 75 - 84										



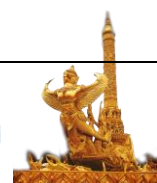


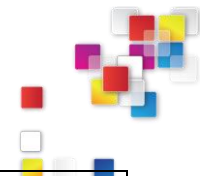
	4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 85 – 94
	5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95
วิธีการประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> 1. พื้นที่ประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยและมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) 2. พื้นที่จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) 3. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care ได้รับการเสนออนุกรรมการ Long Term Care เพื่ออนุมัติ Care Plan ในการได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล 4. ศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมินและรายงานตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประจำเดือน 5. กรมอนามัยวิเคราะห์ประเมินผล Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และจัดทำรายงานใน DOH Dashboard กรมอนามัย และ Health KPI กระทรวงสาธารณสุข 	
เอกสารสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none"> - Blue Book Application กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการใช้ Blue Book Application กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย - โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (3C) - คู่มือการใช้โปรแกรม Long Term Care (3C) 	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรสาร : 045-241918 E-mail : Chinoros131149@gmail.com	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด <ol style="list-style-type: none"> 1. นางสาวใจ นีปึงการสุนทร (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) โทรศัพท์มือถือ 092-664- 4459 E-mail : niput.sayjai1964@gmail.com 2. นายสิทธิศักดิ์ เผ่าพันธ์ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญ) โทรศัพท์มือถือ 085-146-1978 E-mail : g6.com.sittisak@gmail.com 	





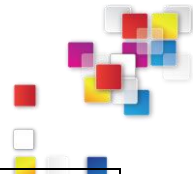
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 7)	ระดับความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL \geq 12 คะแนน ทั้งเพศชายและเพศหญิง</p> <p>พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง (ร่างกาย จิตใจ และสังคม)</p> <p>พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน/ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ออกกำลังกาย) สม่ำเสมอ 150 นาที/สัปดาห์ 2. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6 – 7 วันต่อสัปดาห์) 3. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4. ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่ 5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า) 6. มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรคประจำตัวมีการรับประทานยาต่อเนื่อง) 7. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8 ชั่วโมง 8. ด้านทันตกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก <p>หมายเหตุ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผ่านการประเมินทั้ง 8 ด้าน ถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2. กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อ และทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 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 <p>แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีองค์ประกอบส่งเสริมสุขภาพ และจัดการปัจจัยเสี่ยง 6 ประเด็น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ





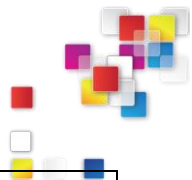
	<p>2. ประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ</p> <p>3. ประเด็นสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ</p> <p>4. ประเด็นผู้สูงอายุสมองดี</p> <p>5. ประเด็นความสุขของผู้สูงอายุ</p> <p>6. ประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>ผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและจัดทำแผนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ และได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ 2. ผู้สูงอายุประเมินตนเองตามแนวทางการประเมิน เพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพ 3. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ผ่านโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือผ่านรูปแบบอื่นๆ 4. นำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สู่การปฏิบัติจริง 5. หลังจากปฏิบัติตามแผนฯ แล้ว ผู้สูงอายุดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่ 6. ปรับปรุง /พัฒนาแผนฯ และนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย 7. แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อแก่เพื่อนสมาชิกชมรม /กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน หรือผู้ที่สนใจ 8. เสร็จสิ้นกระบวนการ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดี <p>ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย											
<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5			
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69								
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5								
<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5			
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69								
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5								
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 2. เพื่อให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์ 3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน ลดความแออัดในสถานพยาบาลเพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม 										





	4. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ / โรงเรียนผู้สูงอายุและชุมชน					
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม)					
วิธีจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน / รายงานตามระบบโปรแกรมรายงาน					
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี					
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 ประเด็น ได้ทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)					
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 ประเด็น					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ/ปี รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566					
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566						
รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566)						
รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2566- 31 ส.ค. 2566)						
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
ขั้นตอนที่ 1	มีคำสั่งคณะทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัยของ อำเภอ (คำสั่งระดับอำเภอ)					(1 คะแนน)
ขั้นตอนที่ 2	มีชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ อำเภอละ 1 แห่ง					(1 คะแนน)
ขั้นตอนที่ 3	มีผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพ Geriatric Syndrome ร้อยละ 80 (กำหนดเป้าหมายกลุ่มเสี่ยง การเฝ้าระวัง สมองเสื่อมและพลัดตกหกล้ม)					(1 คะแนน)
ขั้นตอนที่ 4	มีการประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ อำเภอละ 1 แห่ง /มีพระคิลาณุปัญญากรครอบคลุม อำเภอละ 1 รูป					(1 คะแนน)
ขั้นตอนที่ 5	ผลลัพธ์ด้านสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ (ได้รับการดูแลอย่างน้อยร้อยละ 30) ของเป้าหมายทั้งหมด					
	-ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างน้อย 1 ประเด็นได้ทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ต่ำกว่า 25 %					(0 คะแนน)
	-ร้อยละกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างน้อย 1 ประเด็นได้ทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) 25 – 49 %					(0.5 คะแนน)
	-ร้อยละกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างน้อย 1 ประเด็นได้ทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ≥ 50 %					(1 คะแนน)
	คะแนน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
	1 คะแนน	/				
	2 คะแนน	/	/			
	3 คะแนน	/	/	/		
	4 คะแนน	/	/	/	/	
	5 คะแนน	/	/	/	/	/
วิธีการประเมินผล	ประเมินตามเกณฑ์ 5 ข้อ (ข้อละ 1 คะแนน)					

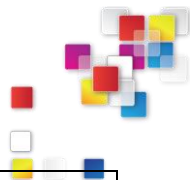




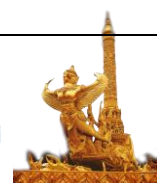
	คะแนนเต็ม 5 คะแนน (ตรวจสอบหลักฐาน, ภาพกิจกรรม, ลงพื้นที่จริง)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรสาร : 045-241918 E-mail : Chinoros131149@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1. นายสิทธิศักดิ์ เผ่าพันธ์ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) โทรศัพท์มือถือ 085-146-1978 E-mail : g6.com.sittisak@gmail.com 2. นางสาวใจ นิจการสุนทร (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) โทรศัพท์มือถือ 092-664-4459

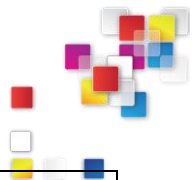
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 8)	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
ชื่อตัวชี้วัดย่อย (R 8.1)	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกระดับ ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด)</p> <p>กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (1) หรือภาวะพลัดตกหกล้ม (2)</p>





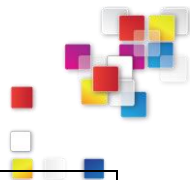
		การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม	
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	-
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาในกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ 2. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ		
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป		
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ		
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)		
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่ตรวจในคลินิก และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ		
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองในคลินิกและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ/ปี รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566		
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566			
รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566)			
รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2566- 31 ส.ค. 2566)			
ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ			
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 15		
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 15-19		
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 20-24		
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 25-29		
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30		
Small Success ปี 2566			





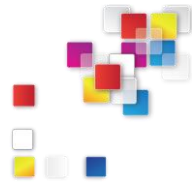
	โทรศัพท์มือถือ 085-146-1978 E-mail : g6.com.sittisak@gmail.com 2.นางสายใจ นิปีการสุนทร (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) โทรศัพท์มือถือ 092-664- 4459			
ชื่อตัวชี้วัดย่อย (R 8.2)	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30)			
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1.5 คะแนน			
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกระดับ ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด)</p> <p>กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (1) หรือภาวะพลัดตกหกล้ม (2)</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	-
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาในกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ 2. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ			
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป			
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ			
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)			
รายการข้อมูลที่1	C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มที่ตรวจในคลินิก และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ			
รายการข้อมูลที่2	D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองในคลินิกและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(C/D) X 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ/ปี			





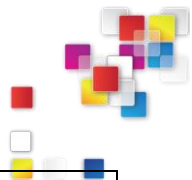
	รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566			
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566) รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2566- 31 ส.ค. 2566) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น ภาวะพลัดตกหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 15			
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 15-19			
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 20-24			
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 25-29			
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30			
ค่าเป้าหมายปีงบประมาณ 2566				
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ภาวะพลัดตกหกล้ม	-	≥ ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 27.5	≥ ร้อยละ 30
วิธีการประเมินผล	1. ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต			
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 โทรสาร : 045-241918 E-mail : Chinoros131149@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1. นายสิทธิศักดิ์ เฒ่าพันธ์ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) โทรศัพท์มือถือ 085-146-1978 E-mail : g6.com.sittisak@gmail.com 2. นางสาวใจ นิจการสุนทร (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) โทรศัพท์มือถือ 092-664- 4459			





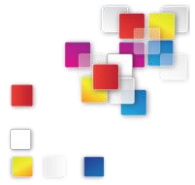
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 3	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 4	โครงการพัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 9)	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ หมายถึง อำเภอมีการดำเนินงานเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีการเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโดย <ol style="list-style-type: none"> 1.1 มีโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) 1.2 มีการดำเนินงานตามกระบวนการ ระบบบัญชาการเหตุการณ์ และประเมินตนเองตามแบบประเมิน EOC assessment tool 2019 2) สาธารณภัย หมายถึง สถานการณ์ สภาวะการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล <ol style="list-style-type: none"> 2.1) ความเสี่ยงสาธารณสุข หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้นและนำมาซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ในบริบทของสาธารณสุขจึงหมายความถึง “โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการได้รับผลกระทบทางลบจากการเกิดสาธารณสุขภัยโดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สิน และบริการต่าง ๆ ในระดับบุคคล ชุมชน สังคม หรือประเทศ 2.2) การประเมินความเสี่ยงสาธารณสุข หมายถึง เป็นกระบวนการที่ช่วยตรวจสอบระดับของความเสียหายที่ชุมชนหรือสังคมมีต่อสาธารณสุขโดยการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในด้านที่เกี่ยวข้องกับภัย ความล่าช้าและความเปราะบางที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ทรัพย์สิน การบริการ การดำรงชีพ และสิ่งแวดล้อม 3) อำเภอมีความพร้อมในการเผชิญเหตุเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข <ol style="list-style-type: none"> 3.1 แผนประคองกิจการ (Business Continuity Planning :BCP) หมายถึง แผนเตรียมความพร้อมองค์กรให้สามารถรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในการป้องกัน ตรวจสอบ และตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤติที่ เพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามภารกิจขององค์กร 3.2 แผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) หมายถึง แผนเผชิญเหตุที่ถูกจัดทำในขณะเกิดเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับแต่ละห่วงโซ่ปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เป้าหมายการปฏิบัติการ ห่วงระยะเวลาปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ และกลวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ



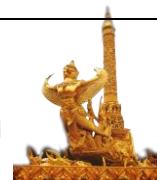


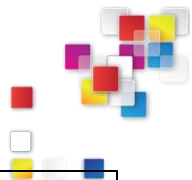
		4) การฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง ดำเนินการฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับจังหวัดอย่างน้อย 1 ครั้ง พร้อมทั้งมีการทบทวนสรุปทเรียนที่ได้จากการซ้อมแผนดังกล่าว				
เกณฑ์เป้าหมาย						
ปีงบประมาณ 66		ปีงบประมาณ 67		ปีงบประมาณ 68		
ความสำเร็จระดับ 5		ความสำเร็จระดับ 5		ความสำเร็จระดับ 5		
วัตถุประสงค์		เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลประจำอำเภอ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานและรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานจาก 25 อำเภอ				
แหล่งข้อมูล		ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ				
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนอำเภอ ที่ดำเนินการครบ 3 ขั้นตอน				
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนอำเภอทั้งหมด 25 อำเภอ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล		ประเมิน 2 รอบ/ปี รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566				
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566						
รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)						
รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)						
คะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน				
ขั้นตอนที่ 1		1.1 มีคำสั่งและโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัยพิบัติ (1 คะแนน) 1.2 อำเภอประเมินตนเองตามแบบ EOC assessment tool 2019 (1 คะแนน)				
ขั้นตอนที่ 2		มีการประเมินความเสี่ยงสาธารณสุขของพื้นที่ (Risk Assessment) (1 คะแนน)				
ขั้นตอนที่ 3		จัดทำแผนประกอบกิจการและแผนเผชิญเหตุ เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ (1 คะแนน)				
ขั้นตอนที่ 4		การฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับอำเภอ (1 คะแนน)				
คะแนน/ ขั้นตอน		1.1	1.2	2	3	4
1 คะแนน		/				
2 คะแนน		/	/			
3 คะแนน		/	/	/		
4 คะแนน		/	/	/	/	
5 คะแนน		/	/	/	/	/





วิธีการประเมินผล		
ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
1	การเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 1.1 มีโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัยพิบัติ 1.2 มีการประเมินตนเองตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (EOC assessment tool 2019)	1. คำสั่งและผังโครงสร้างกลองภารกิจต่างๆ 2. รายงานผลการประเมินตนเองตามแบบประเมิน EOC Assessment Tools
2	การประเมินความเสี่ยงสาธารณสุขภัยของพื้นที่ (Risk Assessment)	รายงานผลการประเมินความเสี่ยง สาธารณภัยของพื้นที่
3	3.1 จัดทำแผนระบอบกิจการ เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ 3.2 จัดทำแผนเผชิญเหตุ เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ **หมายเหตุ** จัดทำ/ปรับปรุงแผนระบอบกิจการ (BCP) และแผนเผชิญเหตุ (IAP) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือสาธารณสุขภัยอื่นๆ	1. แผนระบอบกิจการ 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	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวอลิษา สุพรรณ หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	

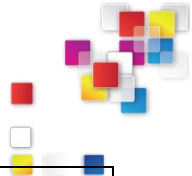




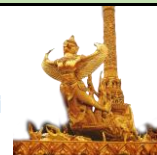
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 2400 โทรศัพท์มือถือ : 081-790-4981 โทรสาร : 045-241918 E-mail : Alisuphan@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นายเอกชัย จรุงเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 086-461-9299 โทรสาร : 045-241918 E-mail : mr.akk1669@gmail.com

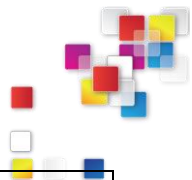
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 3	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 4	โครงการพัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 10)	ผลสำเร็จของการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในจังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการส่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและส่งการ</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคาม ต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับการปฏิบัติทางการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงหรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</p> <p>ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ (FR,BLS,ILS,ALS) ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>





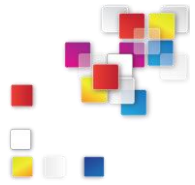
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26.5	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26.5	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26.5	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26.5
วัตถุประสงค์	1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) 2. จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A , S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3. จากการบันทึกข้อมูลในเว็บไซต์ EMSDUBON.COM		
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS), ข้อมูลในเว็บไซต์ EMSDUBON.COM		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ/ปี รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566		
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566			
รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566)			
รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2566- 31 ส.ค. 2566)			
ข้อ	ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมิน	
1	1 คะแนน	มีคำสั่งการดำเนินงานให้มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับอำเภอ (0.5 คะแนน)	
		มีการกำหนด ประเด็นการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตในวาระการประชุม พขอ. (0.5 คะแนน)	
2	1 คะแนน	ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับ อปท. ทุก อปท. (1 คะแนน)	
		มีแต่ไม่ครอบคลุม (0.5 คะแนน)	
		ไม่มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับพื้นฐาน ใน อปท. (0 คะแนน)	
3	1 คะแนน	ไม่มีรายงานข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามกำหนดไม่ทันเวลา (ในเว็บ EMSDUBON.COM ทุกเดือน และรายงานข้อมูลไม่เกินวันที่ 5 ของเดือนถัดไป) (0 คะแนน)	
		รายงานตรงตามเวลาแต่ยังไม่ครบถ้วน (0.5 คะแนน)	
		รายงานครบถ้วนและตรงตามเวลา (1 คะแนน)	
4	2 คะแนน	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่ำกว่า 16.00 % (0 คะแนน)	
		ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 16.01 – 26.49 % (1 คะแนน)	
		ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน $\geq 26.50\%$ (2 คะแนน)	





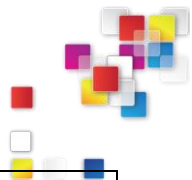
วิธีการประเมินผล					
นำเกณฑ์แต่ละข้อที่ดำเนินการได้มารวมคะแนน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)					
เอกสารสนับสนุน		1. รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS 2. รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจาก รพ.ระดับ A , S และ M1 ภาครัฐทุกแห่ง 3. รายงานข้อมูลในเว็บ EMSDUBON.COM			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
		ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
Baseline data	หน่วยวัด	2562	2563	2564	2565
จำนวนครั้ง ผู้ป่วยสีแดง EMS	จำนวนครั้ง	11,575	14,087	16,299	13,081
จำนวนครั้ง ผู้ป่วยสีแดง ER visit	จำนวนครั้ง ผู้ป่วยสีแดง ER visit	64,802	84,937	82,621	75,130
ร้อยละ	ร้อยละ	17.86	16.59	18.87	17.41
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวอลิษา สุพรรณ หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 2400 โทรศัพท์มือถือ : 081-790-4981 โทรสาร : 045-241918 E-mail : Alisuphan@hotmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล		กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1. นายเอกชัย จรุงเนตร (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			





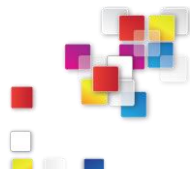
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)		
แผนงานที่ 3	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ		
โครงการที่ 5	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ		
ลักษณะ	ประเมินผลลัพธ์		
ชื่อตัวชี้วัด (R 11)	ร้อยละหมู่บ้าน/ชุมชนที่ควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 Generation) (ระบาดซ้ำน้อยกว่าร้อยละ 10)		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน		
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>โรคไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไข้เดงกี (Dengue fever) รหัสโรค 66 รหัส ICD 10 : A97.9 - ไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) รหัสโรค 26 รหัส ICD 10 : A97.0, 97.1 - ไข้เลือดออกช็อก (Dengue shock syndrome) รหัสโรค 27 รหัส ICD 10 : A97.2 <p>หมู่บ้าน/ชุมชน สามารถควบคุมโรคการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 28 วัน (2 generation)</p> <p>หมายถึง มีการระบาดต่อเนื่องมากกว่า 28 วัน (พบผู้ป่วยรายใหม่ต่อเนื่องกัน โดยวันที่พบผู้ป่วย (วันที่วินิจฉัยสงสัยไข้เลือดออก) ของผู้ป่วยแต่ละราย ที่ระยะกันไม่เกิน 28 วัน และยังคงควบคุมโรคไม่ได้)</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
ร้อยละอัตราการระบาดซ้ำเกิน 2 Generation ในหมู่บ้านน้อยกว่าร้อยละ 10	ร้อยละอัตราการระบาดซ้ำเกิน 2 Generation ในหมู่บ้านน้อยกว่าร้อยละ 10	ร้อยละอัตราการระบาดซ้ำเกิน 2 Generation ในหมู่บ้านน้อยกว่าร้อยละ 10	ร้อยละอัตราการระบาดซ้ำเกิน 2 Generation ในหมู่บ้านน้อยกว่าร้อยละ 10
วัตถุประสงค์	เพื่อให้การควบคุมโรคไข้เลือดออกภายใน 2 Generation (28 วัน)		
กลุ่มเป้าหมาย	หมู่บ้านทั้งหมดในจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระบบรายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
รายการข้อมูลที่1	A = จำนวนหมู่บ้านที่มีการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเดียวกันเกิน 2 Generation		
รายการข้อมูลที่2	B = จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ/ปี รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566		





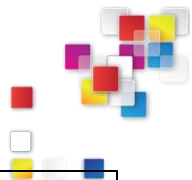
รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566			
เกณฑ์การประเมินผลปี 2566			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	น้อยกว่าร้อยละ 10	-	น้อยกว่าร้อยละ 10
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566			
รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)			
รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)			
เกณฑ์การให้คะแนนอัตราการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออกเกิน 2 Generation ในหมู่บ้านเดียวกัน			
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
1 คะแนน	อัตราการระบาดซ้ำโรคไข้เลือดออกเกิน 2 Gen ในหมู่บ้านเดียวกัน มากกว่าร้อยละ 25		
2 คะแนน	อัตราการระบาดซ้ำโรคไข้เลือดออกเกิน 2 Gen ในหมู่บ้านเดียวกัน ระหว่างร้อยละ 20.1-25.0		
3 คะแนน	อัตราการระบาดซ้ำโรคไข้เลือดออกเกิน 2 Gen ในหมู่บ้านเดียวกัน ระหว่างร้อยละ 15.1-20.0		
4 คะแนน	อัตราการระบาดซ้ำโรคไข้เลือดออกเกิน 2 Gen ในหมู่บ้านเดียวกัน ระหว่างร้อยละ 10.1-15.0		
5 คะแนน	อัตราการระบาดซ้ำโรคไข้เลือดออกเกิน 2 Gen ในหมู่บ้านเดียวกัน น้อยกว่าร้อยละ 10		
วิธีการประเมินผล	ระบบรายงาน 506 หลักฐานเชิงประจักษ์, ร่องรอยการดำเนินงาน, ลงพื้นที่		
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยูงลาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2564		
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 255713 โทรศัพท์มือถือ : 085 – 315-9081		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นายภราดร โสภา เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 255713 โทรศัพท์มือถือ : 081-999-0591		



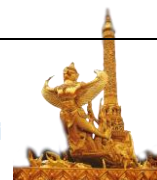


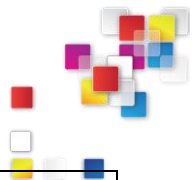
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)		
แผนงานที่ 3	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ		
โครงการที่ 5	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ		
ลักษณะ	ประเมินผลลัพธ์		
ชื่อตัวชี้วัด (R 12)	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเด็กอายุครบ 1 ปี		
ชื่อตัวชี้วัดย่อย (R 12.1)	วัคซีนโพลีโชนิดชนิด (IPV) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน		
คำนิยามตัวชี้วัด	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโพลีโชนิดชนิด (IPV) ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในพื้นที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน IPV ครบตามเกณฑ์จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในพื้นที่รายงาน		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโพลีโชนิดชนิด (IPV) กลุ่มเป้าหมายสำคัญ		
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในพื้นที่รายงาน (จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัย type area = 1,3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน แต่ผ่านมาแล้ว 1 ปี เช่น รายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2565 - ธันวาคม 2565 เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 - 31 ธันวาคม 2564		
วิธีจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ในพื้นที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน IPV		
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในพื้นที่รายงาน จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานะบุคคล type area = 1, 3) 1 = มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง 3 = มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ (ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ) แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ - วัคซีนโพลีโชนิดชนิด รหัสวัคซีนที่ใช้ประมวลผล คือ รหัสวัคซีนที่อยู่ในแผนและนอกแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ รหัสวัคซีน IPV-P คือ 401 หรือ D32 หรือ D42 หรือ D52 หรือ I12		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		





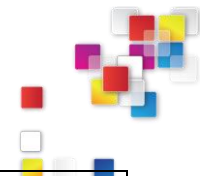
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566) รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566)		
เกณฑ์การประเมินผลปี 2566			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566			
รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566) รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2566 – 31 ส.ค. 2566)			
เกณฑ์การให้คะแนนร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีน IPV (ประเมินรอบที่ 1 และรอบที่ 2)			
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
1 คะแนน	ความครอบคลุมการให้วัคซีน IPV เด็กครบ 1 ปี ผลงานระหว่างร้อยละ 70-74		
2 คะแนน	ความครอบคลุมการให้วัคซีน IPV เด็กครบ 1 ปี ผลงานระหว่างร้อยละ 75-79		
3 คะแนน	ความครอบคลุมการให้วัคซีน IPV เด็กครบ 1 ปี ผลงานระหว่างร้อยละ 80-84		
4 คะแนน	ความครอบคลุมการให้วัคซีน IPV เด็กครบ 1 ปี ผลงานระหว่างร้อยละ 85-89		
5 คะแนน	ความครอบคลุมการให้วัคซีน IPV เด็กครบ 1 ปี ผลงานระหว่างร้อยละ 90-100		
วิธีการประเมินผล	ตรวจสอบระบบรายงาน EPI		
เอกสารสนับสนุน	แผนปฏิบัติงานโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ปี 2565		
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 255713 โทรศัพท์มือถือ : 085 – 315-9081		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางสาววิภรณ์ วิศาลศิริกวิน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 255713 โทรศัพท์มือถือ : 090 – 9464-541		
ชื่อตัวชี้วัดย่อย (R 12.2)	วัคซีนโปลิโอชนิดหยอด (OPV3) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน		
คำนิยามตัวชี้วัด	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอ (OPV3) ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน OPV3 ครบตามเกณฑ์จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน		





เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอ ชนิดหยอด (OPV3) กลุ่มเป้าหมายสำคัญ		
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัย type area = 1,3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน แต่ผ่านมาแล้ว 1 ปี เช่น รายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2565 - ธันวาคม 2565 เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 - 31 ธันวาคม 2564		
วิธีจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน OPV3		
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานะบุคคล type area = 1, 3) 1 = มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง 3 = มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ (ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ) แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ วัคซีนโปลิโอ ชนิดหยอด รหัสวัคซีนที่ใช้ประมวลผล คือ รหัสวัคซีนที่อยู่ในแผนและนอกแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ รหัสวัคซีน 083 หรือ D33 หรือ D43 หรือ D53		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ/ปี รอบที่ 1 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 31 มีนาคม 2566) รอบที่ 2 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 - 31 สิงหาคม 2566)		
เกณฑ์การประเมินผลปี 2566			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90





เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)

รอบที่ 2 (1 เมย.2566 – 31 สค.2566)

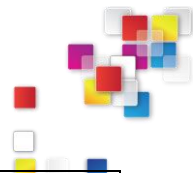
เกณฑ์การให้คะแนนร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีน OPV3 (ประเมินรอบที่ 1 และ รอบที่ 2)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	ความครอบคลุมการให้วัคซีน OPV3 เด็กครบ1 ปี ผลงานระหว่างร้อยละ 70-74
2 คะแนน	ความครอบคลุมการให้วัคซีน OPV3 เด็กครบ1 ปี ผลงานระหว่างร้อยละ 75-79
3 คะแนน	ความครอบคลุมการให้วัคซีน OPV3 เด็กครบ1 ปี ผลงานระหว่างร้อยละ 80-84
4 คะแนน	ความครอบคลุมการให้วัคซีน OPV3 เด็กครบ1 ปี ผลงานระหว่างร้อยละ 85-89
5 คะแนน	ความครอบคลุมการให้วัคซีน OPV3 เด็กครบ1 ปี ผลงานระหว่างร้อยละ 90-100

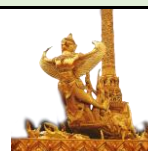
วิธีการประเมินผล	ตรวจสอบระบบรายงาน EPI
เอกสารสนับสนุน	แผนปฏิบัติงานโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ปี 2565
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 255713 โทรศัพท์มือถือ : 085 – 315-9081
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางสาวรวีภรณ์ วิศาลศิริกวิน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 255713 โทรศัพท์มือถือ : 090 – 9464-541
ชื่อตัวชี้วัดย่อย (R 12.3)	วัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR1) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR1) ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน MMR1 ครบตามเกณฑ์จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน

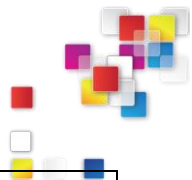
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95





วัตถุประสงค์	เพื่อรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนวัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR1) ให้ได้ตามเกณฑ์ในกลุ่มสำคัญ		
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัย type area = 1,3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน แต่ผ่านมาแล้ว 1 ปี เช่น รายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2565 - ธันวาคม 2565 เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 - 31 ธันวาคม 2564 วัคซีน หัด คางทูม หัดเยอรมัน เข็มที่ 1 รหัสวัคซีนที่ใช้ประมวลผล คือ รหัสวัคซีนที่อยู่ในแผนและนอกแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ รหัสวัคซีน 061 หรือ M11		
วิธีจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน MMR1		
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานะบุคคล type area = 1, 3) 1 = มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง 3 = มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ (ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ) แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 1 รอบ/ปี (ประเมินรอบที่ 2) (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 31 สิงหาคม 2566) (ประเมิน 11 เดือน)		
เกณฑ์การประเมินผลปี 2566			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 95
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 2 (1 ต.ค.2565 - 31 ส.ค.2566) เกณฑ์การให้คะแนนร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR1 (ประเมินรอบที่ 2)			
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
1 คะแนน	ความครอบคลุมการให้วัคซีน MMR1 เด็กครบ 1 ปี ผลงานระหว่างร้อยละ 75-79		
2 คะแนน	ความครอบคลุมการให้วัคซีน MMR1 เด็กครบ 1 ปี ผลงานระหว่างร้อยละ 80-84		
3 คะแนน	ความครอบคลุมการให้วัคซีน MMR1 เด็กครบ 1 ปี ผลงานระหว่างร้อยละ 85-89		
4 คะแนน	ความครอบคลุมการให้วัคซีน MMR1 เด็กครบ 1 ปี ผลงานระหว่างร้อยละ 90-94		
5 คะแนน	ความครอบคลุมการให้วัคซีน MMR1 เด็กครบ 1 ปี ผลงานระหว่างร้อยละ 95-100		

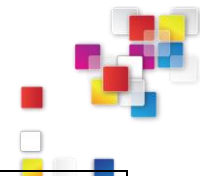




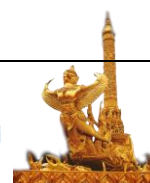
วิธีการประเมินผล	ตรวจสอบระบบรายงาน EPI
เอกสารสนับสนุน	แผนปฏิบัติงานโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ปี 2565
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 255713 โทรศัพท์มือถือ : 085 – 315-9081
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางสาวรวีภรณ์ วิศาลศิริกวิน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 255713 โทรศัพท์มือถือ : 090 – 9464-541

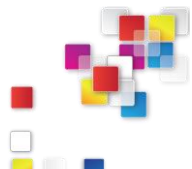
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)		
แผนงานที่ 3	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ		
โครงการที่ 5	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ		
ลักษณะ	ประเมินผลลัพธ์		
ชื่อตัวชี้วัด (R 13)	ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีน COVID19 เข็มกระตุ้น 3 ของประชากรกลุ่ม 608 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60)		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1.5 คะแนน		
คำนิยามตัวชี้วัด	กลุ่มประชากร 608 ได้แก่ ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มผู้ป่วย 7 กลุ่มโรคเรื้อรัง (1.โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง, 2.โรคหัวใจและหลอดเลือด, 3.โรคไตวายเรื้อรัง, 4.โรคหลอดเลือดสมอง, 5.โรคอ้วน, 6.โรคเบาหวาน, 7.โรคเบาหวาน) และ 8.กลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป (ประชากร Type 1 , 3)		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีน COVID19 เข็มกระตุ้น 3 ของประชากรกลุ่ม 608			
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการป่วยรุนแรงและเสียชีวิตจากโรคโควิด 19		





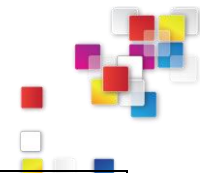
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมายประชากร 608 ในแต่ละอำเภอ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข MOPH IC			
แหล่งข้อมูล	1. โปรแกรม R506 ฐานข้อมูลของ สสจ.อุบลราชธานี 2. ทะเบียนบันทึกการรับ - ส่ง รายงาน 506 ของ สสจ.อุบลราชธานี 3. หลักฐานอย่างอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกการส่งรายงาน 506 ของอำเภอ (E8)			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข MOPH IC			
การให้คะแนน	มีเกณฑ์การให้คะแนนตามร้อยละความครอบคลุมวัคซีนในกลุ่ม 608 ดังนี้ = $\frac{\text{จำนวนกลุ่ม 608 ที่ได้รับวัคซีนโควิดกระตุ้นเข็ม 3}}{\text{จำนวนกลุ่ม 608 ทั้งหมด}} \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ/ปี รอบที่ 1 ข้อมูลวันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 31 มีนาคม 2566 รอบที่ 2 ข้อมูลวันที่ 1 เมษายน 2566 - 31 สิงหาคม 2566			
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566				
รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2565 - 31 มี.ค. 2566)				
รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2566 - 31 ส.ค. 2566)				
เกณฑ์การให้คะแนน : ให้คะแนนตามความครอบคลุมวัคซีนในกลุ่มประชากร 608 (ร้อยละ)				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
36-44.99	45-49.99	50 - 54.99	55 - 59.99	60 ขึ้นไป
วิธีการประเมินผล	ประเมินความสม่ำเสมอและความครอบคลุมการส่งรายงาน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		พ.ศ.2563	พ.ศ.2564	พ.ศ. 2565
ความครอบคลุมวัคซีนโควิด ในกลุ่ม 608	ร้อยละ	-	-	35.69
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 255713 โทรศัพท์มือถือ : 085 - 315-9081			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางสาวรวีภรณ์ วิศาลศิริกวิน (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ : 090-946-4541			



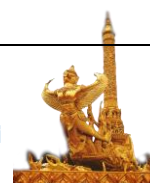


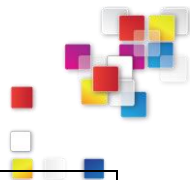
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 3	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 5	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการ /หรือผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 14)	คุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (รง.506) (ตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>คุณภาพการส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ในระบบเฝ้าระวัง (รง.506) หมายถึง ความสม่ำเสมอและความครอบคลุม ในการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง 57 โรค ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ของศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอและสถานบริการสาธารณสุข โดยประเมินจากจำนวนผู้ป่วยในฐานข้อมูล รง.506 ของ สสจ.อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2566 (วันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566) โดยแบ่งคะแนนเป็น 2 ส่วน ๆ ละร้อยละ 50 ดังนี้</p> <p>1.1 ความสม่ำเสมอในการส่งรายงาน รง.506 (ร้อยละ 50) หมายถึง ศูนย์ระบาดวิทยาระดับอำเภอ (รพ. หรือ สสอ.) ส่งรายงาน รง.506 ถึง สสจ.อุบลราชธานี ตามกำหนด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในทุกวันพุธหรือพฤหัสบดีของสัปดาห์ (ประเมินเป็นรายสัปดาห์ 52 สัปดาห์/ปี และสะสมคะแนนเป็นรายเดือน)</p> <p>1.2 ความครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุข ที่ส่ง รง.506 (ร้อยละ 50) หมายถึง จำนวนสถานบริการสาธารณสุข ที่ส่ง รง.506 ในแต่ละสัปดาห์ สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน รพ.สต. (ทั้งสังกัดกระทรวง สาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัด) และศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่งในอำเภอ โดยมีกำหนดเกณฑ์ในการส่งข้อมูล (ตามกองระบาดวิทยา) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ ส่งรายงานไม่ต่ำกว่า 50 ราย/ สัปดาห์ - โรงพยาบาลทั่วไป ส่งรายงานไม่ต่ำกว่า 30 ราย/ สัปดาห์ - โรงพยาบาลชุมชน ส่งรายงานไม่ต่ำกว่า 5 ราย/ สัปดาห์ - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งรายงานไม่ต่ำกว่า 3 ราย/ สัปดาห์ <p>(ในระดับ รพ.สต. หากไม่มีผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคตามระบบเฝ้าระวัง สามารถรายงานเป็น Zero report ได้ติดต่อกันไม่เกิน 2 สัปดาห์) (ประเมินเป็นรายสัปดาห์ 52 สัปดาห์/ปี และสะสมคะแนนเป็นรายเดือน)</p> <p>เงื่อนไขความสำเร็จ</p> <p>1. ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ (รพ. หรือ สสอ.) มีการรวบรวมข้อมูล รง.506 จากสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในอำเภอ และส่งให้ สสจ. เป็น PDF. File ส่งตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>





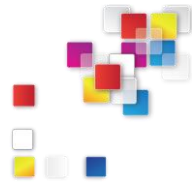
	<p>(และในปี 2566 ส่วนกลางจะปรับระบบการรายงานโรคเป็น Digital 506 โดยจะให้ทุกอำเภอพัฒนาระบบ API และรายงานผ่านระบบ API ตามที่ส่วนกลางกำหนดร่วมด้วย)</p> <p>2. โรงพยาบาลมีการรายงานผู้ป่วย COVID-19 ที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล ในระบบ API และส่งข้อมูลให้กองระบาดวิทยา อย่างน้อยทุกสัปดาห์ (เริ่มวันที่ 1 ตุลาคม 2565)</p> <p>3. มีการรายงานและสอบสวนโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่มีความสำคัญสูง ที่ต้องรายงานทันที (ไม่เกิน 24 ชม.) ให้ที่มระบาดวิทยา สสจ. ได้แก่ โรคติดต่ออันตราย 13 โรค ไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า คอตีบ ไอกรน ไข้กาฬหลังแอ่น เล็ปโตสไปโรซิส และผู้ป่วยที่เสียชีวิตสงสัยจากโรคติดต่อทุกโรค</p> <p>4. มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ อย่างน้อยทุกเดือน เพื่อเสนอผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>								
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>ร้อยละของคุณภาพการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (รง.506)</p> <table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </table>		ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69						
ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100						
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อให้มีความครอบคลุม ทันเวลา สามารถตรวจจับการระบาดและตอบโต้การระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ								
กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนโรงพยาบาลรัฐ และเอกชน สถานบริการสาธารณสุข รพ.สต. ทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและ องค์การบริหารส่วนจังหวัด ของทุกอำเภอ								
วิธีจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รพ.สต., สถานบริการสาธารณสุข รพ.รัฐ และเอกชนทุกแห่ง ตรวจสอบผู้ป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง 57 โรค จากโปรแกรมตรวจผู้ป่วยของสถานบริการ ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง/บันทึกผู้ป่วยใน R506 และส่งรายงาน 506 ให้ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ (รพ. หรือ สสอ.) 2. ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ รวบรวมข้อมูล รง.506 ตรวจสอบข้อมูลและแก้ไขให้ถูกต้อง และส่งข้อมูล รง.506 ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามกำหนด (อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันพุธหรือพฤหัสบดี) 3. สสจ. รวบรวมข้อมูลจากศูนย์ระบาดวิทยาทุกอำเภอ ตรวจสอบข้อมูล แก้ไขให้ถูกต้อง จัดส่งให้กองระบาดวิทยาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ทุกสัปดาห์ (อย่างน้อยวันศุกร์) 								
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. โปรแกรม R506 ฐานข้อมูลของ สสจ.อุบลราชธานี 2. ทะเบียนบันทึกการรับ - ส่ง รายงาน 506 ของ สสจ.อุบลราชธานี 3. หลักฐานอย่างอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกการส่งรายงาน 506 ของอำเภอ (E8) 								
รายการข้อมูลที่1	A=จำนวนสัปดาห์ที่ ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอส่งรายงาน 506								
รายการข้อมูลที่2	B=จำนวนสัปดาห์ในรอบที่ประเมิน (รอบที่ 1,2)								





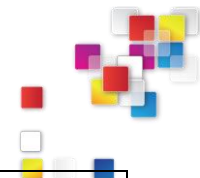
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ความสม่ำเสมอการส่งรายงาน $= (A/B) \times 100$			
รายการข้อมูลที่ 3	C=จำนวน รพ.สต.+โรงพยาบาล ที่ส่งรายงาน 506			
รายการข้อมูลที่ 4	D=จำนวนสถานบริการทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ความครอบคลุมของสถานบริการที่ส่งรายงาน รง. 506 $= (C/D) \times 100$			
การประเมิน	ผลงาน= ความสม่ำเสมอ (50%) + ความครอบคลุม (50%) คะแนนเต็มร้อยละ 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ/ปี รอบที่ 1 ข้อมูลวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 รอบที่ 2 ข้อมูลวันที่ 1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566			
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566				
รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566)				
รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2566- 31 ส.ค. 2566)				
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
1 คะแนน	ผลงานระหว่างร้อยละ 51-60			
2 คะแนน	ผลงานระหว่างร้อยละ 61-70			
3 คะแนน	ผลงานระหว่างร้อยละ 71-80			
4 คะแนน	ผลงานระหว่างร้อยละ 81-90			
5 คะแนน	ผลงานระหว่างร้อยละ 91-100			
วิธีการประเมินผล	ประเมินความสม่ำเสมอและความครอบคลุมการส่งรายงาน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		พ.ศ.2563	พ.ศ.2564	พ.ศ. 2565
คุณภาพการรายงานโรคโรคติดต่อ ที่ต้องเฝ้าระวัง	ร้อยละ	78	79.5	81
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 255713 โทรศัพท์มือถือ : 085 – 315-9081			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นายประพนธ์ บุญไชย กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ : 094- 263-1616			



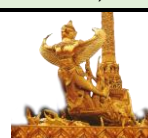


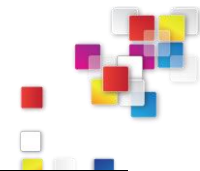
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 3	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 5	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 15)	ความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกบริการ (ความสำเร็จระดับ5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หมายถึง กระบวนการดำเนินงานในคลินิกบริการเพื่อจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยทีมสหวิชาชีพ เน้นกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้ป่วยทั้งรายใหม่และรายเก่าในการดูแลตนเอง การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2560, แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 และมีการติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยผ่านการประเมินคุณภาพของ NCD Clinic Plus</p> <p>ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการขึ้นทะเบียน และผู้ป่วยเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด (Type 1,3)</p> <p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน และผู้ป่วยเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด (Type 1,3)</p> <p>ทีมสหวิชาชีพ หมายถึง บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข, เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เป็นต้น</p> <p>กระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง การสร้างความเข้าใจและใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพ นำไปสู่การตัดสินใจนำมาลองปฏิบัติและประเมินผลการทดลองจนสามารถเกิดการใช้ในชีวิตประจำวันได้ เน้นการดำเนินงานตามแนวทาง RETREAT NCD ปี 2566 (UBON Model Class & Smart Camp)</p> <p>การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี หมายถึง การได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง การตรวจ HbA1c การตรวจไขมันในเลือดประจำปี การตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยการอดอาหาร การตรวจตา การตรวจเท้า การคัดกรอง CVD Risk และการประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นต้น อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <p>การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus หมายถึง การประเมินตนเองของโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย โดยใช้หลักการ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA</p>





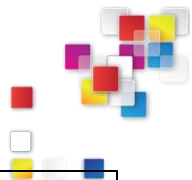
เกณฑ์เป้าหมายปี 2566	
1. ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทางตา ไต และ เท้า \geq ร้อยละ 80 2. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c \geq ร้อยละ 70 และ สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี \geq ร้อยละ 40 3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี \geq ร้อยละ 60 4. ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m ² /yr \geq ร้อยละ 66 5. โรงพยาบาลมีผลการประเมินรับรอง NCD Clinic Plus ในระดับดีขึ้น \geq ร้อยละ 80	
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี 2. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่มีสาเหตุจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น ไตวาย หัวใจ หลอดเลือดสมอง เป็นต้น 4. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างต่อเนื่อง
กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2. 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	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566) รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2566- 31 ส.ค. 2566)	
อำเภอมีการดำเนินการความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกบริการ โดยมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด 5 ประเด็น ค่าคะแนนรวมทั้งหมด 9 คะแนน ดังนี้	
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	การค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง -คัดกรองได้ < 70 % (0.3 คะแนน) - คัดกรองได้ 70-80 % (0.6 คะแนน) -คัดกรองได้ > 80 % (1 คะแนน)
3 คะแนน	ผลการดำเนินงาน Retreat NCD ปี 2566 Class & smart camp (UBON MODEL) 1) การดำเนินงานห้องเรียนมือใหม่ใน (โรงพยาบาล) -ไม่มีการดำเนินงาน (0 คะแนน) - มีการดำเนินงาน (1 คะแนน) 2) ผลงานร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดการติดตามได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตและมีการบันทึกใน 43 แฟ้มปีงบประมาณ 2566 -ได้รับการวัด BPและมีการบันทึก $<$ ร้อยละ 80 (0.3 คะแนน) -ได้รับการวัด BPและมีการบันทึก ระหว่างร้อยละ 80-90 (0.6 คะแนน)





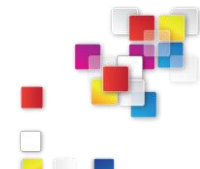
	<p>-ได้รับการวัด BPและมีการบันทึก > ร้อยละ 90 (1 คะแนน)</p> <p>3) การดำเนินงาน Smart camp NCD & CKD (ระดับอำเภอ)</p> <p>-ไม่มีการดำเนินงาน (0 คะแนน) - มีการดำเนินงานอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี (1 คะแนน)</p>
1 คะแนน	<p>ผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m²/yr</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลดลง ≤ ร้อยละ 50.00 (0.3 คะแนน) - ลดลง ร้อยละ 50.00 - 65.99 (0.6 คะแนน) - ลดลง ≥ ร้อยละ 66.00 (1 คะแนน)
1 คะแนน	<p>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง NCD Clinic Plus</p> <ul style="list-style-type: none"> -ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง ระดับพื้นฐาน (0 คะแนน) -ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง ระดับดี (0.3 คะแนน) -ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง ระดับดีมาก (0.6 คะแนน) -ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง ระดับดีเด่น (0.9 คะแนน) -ได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนระดับจังหวัด (1 คะแนน)
3 คะแนน	<p>Good Control</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผลการตรวจ HbA1C <ul style="list-style-type: none"> - น้อยกว่าร้อยละ 65 (0.3 คะแนน) - ระหว่างร้อยละ 65-80 (0.6 คะแนน) - มากกว่าร้อยละ 80 (1 คะแนน) 2. ผลการดำเนินงาน DM good control <ul style="list-style-type: none"> - น้อยกว่าร้อยละ 40 (0.3 คะแนน) - ระหว่างร้อยละ 40-60 (0.6 คะแนน) - มากกว่าร้อยละ 60 (1 คะแนน) 3. ผลการดำเนินงาน HT good control <ul style="list-style-type: none"> - น้อยกว่าร้อยละ 60 (0.3 คะแนน) - ระหว่างร้อยละ 60-80 (0.6 คะแนน) - มากกว่าร้อยละ 80 (1 คะแนน)
คะแนนเต็มรวม 9 คะแนน (ปรับเป็นฐาน 5 คะแนน)	
วิธีการประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินจากแบบรายงานการดำเนินงาน “การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus” 2. ประมวลผลจาก 43 แห่ง ในปีงบประมาณ 2566 และติดตามผลลัพธ์จากระบบรายงานในโปรแกรม HDC
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดำเนินงาน “การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus” 2. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2560 3. แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562



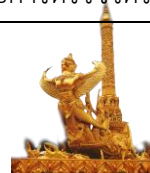


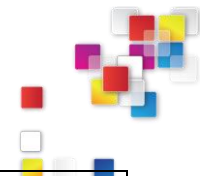
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		พ.ศ.2563	พ.ศ.2564	พ.ศ. 2565
1.การค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	80.41	79.67	74.69
2.ผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m ² /yr	ร้อยละ	61.49	60.84	64.20
3.ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1C	ร้อยละ	-	77.19	76.59
4.ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	33.95	35.64	33.94
5.ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	73.00	71.28	65.61
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด เบอร์โทร 081-790-4981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1.นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 088 580 4448 E-mail : sdokdung@gmail.com 2.นางสาวรุ่งรัตน์ พลະไกร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			



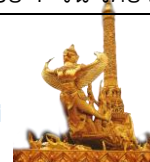


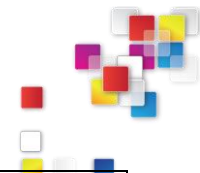
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 3	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 5	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 16)	ผลสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในชุมชน (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>1. การดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาระงานดำเนินงาน ในชุมชนเพื่อจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย และมีกระบวนการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพ พร้อมทั้งมีกระบวนการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามแนวทาง HBPM หรือ Office BP</p> <p>2. ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs หมายถึง ชุมชนที่มีการดำเนินการเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงป่วยต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบบมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน ประกอบด้วย ภาคท้องถิ่น ภาคสาธารณสุข และภาคประชาชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน/หมู่บ้าน และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>ชุมชน หมายถึง หมู่บ้าน หรือ ชุมชนในเขตเมือง ตามเขตปกครอง</p> <p>เกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” 5 ข้อ</p> <p>ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 มีการติดตามประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม และสรุปการดำเนินงานเพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินงานในระยะต่อไป <p>3. การคัดกรองโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ สัญชาติไทย Type area 1,3 และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองโดยการเจาะน้ำตาลในเลือด ด้วยวิธีการตรวจวัดระดับ</p>





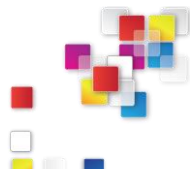
	<p>RPG/RCBG หรือการตรวจวัดระดับ FPG/FCBG จากแฟ้ม NCDScreen.BSLEVEL ≥ 50 mg/dl</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มปกติ หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการเจาะน้ำตาลในเลือด มีระดับRPG/RCBG ≥ 70 ถึง < 110 mg/dl. หรือ มีระดับ FPG/FCBG ≥ 70 ถึง < 100 mg/dl. - กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชากรอายุ 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) หรือการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl. - การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคส หลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน <p>4.การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขต รับผิดชอบ สัญชาติไทย Type area 1,3 และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดัน โลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโดยการวัดระดับความดันโลหิต จากแฟ้ม NCDScreen.SBP_1 > 50 mmHg, NCDScreen.DBP_1 > 50 mmHg.</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มปกติ หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวัดระดับความดันโลหิตและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (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 กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring) (HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการ
--	---





	ติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน
เกณฑ์เป้าหมายปี 2566	
	<ol style="list-style-type: none"> 1.รพ.สต.มีการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs ”อย่างน้อย 1 ชุมชน / รพ.สต. 2.มีกิจกรรมลดเค็มในชุมชน ทุกอำเภอ 3.ประชาชนได้รับการคัดกรองสุขภาพโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง \geq ร้อยละ 90 4.ประชาชนกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจติดตาม \geq ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1.เพื่อให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพในชุมชน 2.เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง 3.เพื่อให้ประชาชนได้ทราบสภาวะสุขภาพของตนเอง 4.เพื่อยืนยันว่ากลุ่มเสี่ยงป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดและหรือระดับความดันโลหิตสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ภาคีเครือข่ายในชุมชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และกลุ่มวัยต่าง ๆ ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1.รายงานการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”ผ่านระบบรายงานที่กำหนด (Google form) 2.บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ผ่านโปรแกรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1.รายงานการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” 2.ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และระบบรายงานโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ประเมิน 2 รอบ /ปี</p> <p>ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566</p> <p>ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566</p>
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566) รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566) อำเภอมีการดำเนินการ ป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด 5 ประเด็น ค่าคะแนนรวมทั้งหมด 5 คะแนน ดังนี้	
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1.การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ในทุกรพ.สต.๑ ละ 1 หมู่บ้าน <ol style="list-style-type: none"> 1.1 มีการดำเนินงานแต่ไม่ครบทุก รพ.สต. (0 คะแนน) 1.2 มีการดำเนินงานครบทุก รพ.สต. (1 คะแนน)
1 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 2.การดำเนินงาน “กิจกรรมลดเค็มในชุมชน” อย่างน้อย 1 ชุมชน / รพ.สต <ol style="list-style-type: none"> 2.1 มีการดำเนินงานแต่ไม่ครบทุก รพ.สต. (0 คะแนน)





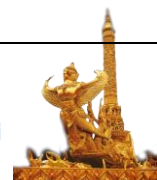
	2.2 มีการดำเนินงานครบทุก รพ.สต. (1 คะแนน)
1 คะแนน	3.ร้อยละการคัดกรองสุขภาพโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3.1 คัดกรองสุขภาพได้ \leq ร้อยละ 90 (0 คะแนน) 3.2 คัดกรองสุขภาพได้ $>$ ร้อยละ 90 (1 คะแนน)
1 คะแนน	4.การติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน 4.1 ได้รับการตรวจติดตาม \leq ร้อยละ 80 (0 คะแนน) 4.2 ได้รับการตรวจติดตาม $>$ ร้อยละ 80 (1 คะแนน)
1 คะแนน	5. การติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง 5.1 ได้รับการตรวจติดตาม \leq ร้อยละ 80 (0 คะแนน) 5.2 ได้รับการตรวจติดตาม $>$ ร้อยละ 80 (1 คะแนน)

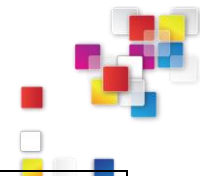
วิธีการประเมินผล	1.ประเมินจากแบบรายงานการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” 2.ประมวลผลจาก 43 แห่ง ในปีงบประมาณ 2565 และติดตามผลลัพธ์จากระบบรายงานในโปรแกรม HDC
เอกสารสนับสนุน	1.แนวทางการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” 2.แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2560 3.แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		พ.ศ.2563	พ.ศ.2564	พ.ศ. 2565
1. การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”	ร้อยละ	-	99.71	100
2. การคัดกรองสุขภาพประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป	ร้อยละ			
- คัดกรองเบาหวาน	ร้อยละ	92.52	90.50	86.30
- คัดกรองความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	92.02	90.41	86.37
3.การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	59.18	75.53	70.96
4.การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	83.61	71.87	90.73

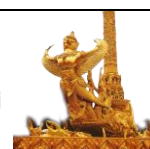
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด เบอร์โทร 081-790-4981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

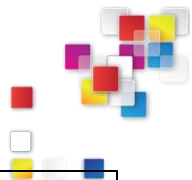




ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1.นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-243301 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 088 580 4448 E-mail : sdokdung@gmail.com 2.นางสาวรุ่งรัตน์ พลະไกร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
-------------------------	--

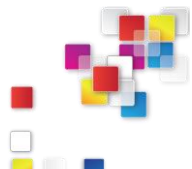
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 3	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 6	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 17)	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเครือข่ายเฝ้าระวังการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเครือข่ายเฝ้าระวังการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เป็นการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองสิทธิของประชาชนในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ยา เวชภัณฑ์มีโฆษณา โดยมีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รับเรื่องราวร้องทุกข์จากผู้บริโภคที่ได้รับความเดือดร้อนหรือเสียหายอันเนื่องมาจากการกระทำของผู้ประกอบธุรกิจ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค 2. ติดตามและสอดส่องพฤติกรรมของผู้ประกอบธุรกิจซึ่งกระทำการใดๆ อันมีลักษณะเป็นการละเมิดสิทธิของผู้บริโภค และจัดให้มีการทดสอบหรือพิสูจน์สินค้าหรือบริการใดๆ ตามที่เห็นสมควรและจำเป็นเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค 3. สนับสนุนหรือทำการศึกษาและวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับการคุ้มครองของผู้บริโภคร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง 4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้บริโภคในทุกระดับที่เกี่ยวกับความปลอดภัยและอันตรายที่อาจได้รับ จากสินค้าหรือบริการ 5. ดำเนินการเผยแพร่วิชาการ และให้ความรู้แก่ผู้บริโภคเพื่อสร้างนิสัยในการบริโภคที่เป็นการส่งเสริมพละทานามัย ประหยัดและใช้ ทรัพยากรของชาติให้เป็นประโยชน์มากที่สุด 6. ประสานกับส่วนราชการหรือหน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการ





	<p>ควบคุม,ส่งเสริม หรือกำหนดมาตรฐานของสินค้าหรือบริการ</p> <p>โดยมีกิจกรรมการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการวัดระดับความสำเร็จ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเครือข่ายเฝ้าระวังการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข 2. มีแผนเฝ้าระวังการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข 3. มีการดำเนินการตามแผนที่ตั้งไว้ 4. มีการรายงานผลการดำเนินงานครบถ้วน ตรงเวลา 5. มีการสรุปและวิเคราะห์เพื่อวางแผนในการจัดการปัญหา
<p>เกณฑ์เป้าหมายปี 2566</p> <p>งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข มีระดับความสำเร็จในการดำเนินงานครบทุกขั้นตอน เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญคือ ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภค และทำให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัย (ความสำเร็จระดับ 5)</p>	
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคให้เกิดความปลอดภัยในการอุปโภค-บริโภค และผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย อาหารปลอดภัย</p>
<p>กลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>หน่วยงานที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข /ประชาชนทั่วไปที่ได้รับการที่ครอบคลุม</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>ประเมินกระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ของการดำเนินงาน, รวบรวมรายงาน, หลักฐานเชิงประจักษ์ ,ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม</p>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>รายงานผลการประเมินของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ประเมิน 2 รอบ /ปี</p> <p>ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566</p> <p>ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566</p>
<p>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566</p> <p>รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)</p> <p>รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)</p> <p>ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเฝ้าระวังการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข</p> <p>ความสำเร็จระดับ 1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเครือข่ายเฝ้าระวังการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข</p> <p>ความสำเร็จระดับ 2 มีแผนเฝ้าระวังการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข</p> <p>ความสำเร็จระดับ 3 มีการดำเนินการตามแผนที่ตั้งไว้</p> <p>ความสำเร็จระดับ 4 มีการรายงานผลการดำเนินงานครบถ้วน ตรงเวลา</p> <p>ความสำเร็จระดับ 5 มีการสรุปและวิเคราะห์เพื่อวางแผนในการจัดการปัญหา</p>	

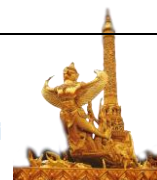


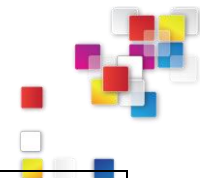


คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1
2 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1 + 2
3 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1 + 2 + 3
4 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4
5 คะแนน	สำเร็จขั้นที่ 1 + 2 + 3 + 4 + 5

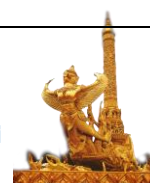
วิธีการประเมินผล	ประเมินเชิงคุณภาพ, ตรวจสอบหลักฐาน ร่องรอยการปฏิบัติงาน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวนันทิกร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ Jutharat.216@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางสาวนันทิกร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ Jutharat.216@gmail.com

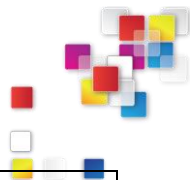
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 3	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 6	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 18)	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ ประหยัด สมเหตุผลและโปร่งใส (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	3 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานความปลอดภัยด้านยา ประกอบด้วย นโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขคือ



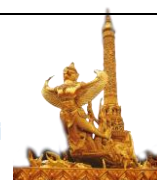


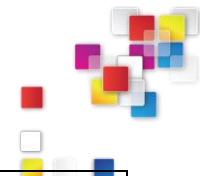
	<ol style="list-style-type: none"> 1) RDU Province และความปลอดภัยด้านยา 2) ชื่อร่วมยาและเวชภัณฑ์มีไช่ยา 3) อัตราคงคลังของ stock โรงพยาบาล 4) Steroids <p>โดยมีตัวชี้วัดระดับความสำเร็จ ประกอบด้วย</p> <p>1.เกณฑ์ RDU</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.อำเภอผ่าน RDU ระดับโรงพยาบาล มากกว่าหรือเท่ากับ10 ข้อขึ้นไป 2.รพ.สต.ในอำเภอผ่านเกณฑ์ RDU รพ.สต. (ภาพรวมอำเภอมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งอำเภอ นับรวม รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจ สู่อปท.) 3.มีร้านชำปลอดการขายยาอันตรายอย่างน้อย 1 ร้านต่อ 1 รพ.สต. 4.มีจำนวน รพ.สต.ติดตามที่ผ่านหมวดเภสัชกรรม ร้อยละ50 ของ รพ.สต.ทั้งหมด (นับรวม รพ.สต.ถ่ายโอน) 5.นักเรียนผ่านการอบรม อย.น้อย E-learning school มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ของจำนวนนักเรียนทั้งหมด <p>2.เกณฑ์บริหารจัดการซื้อยาและ วมย.ร่วม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.มีผลการจัดซื้อยา และ วมย. ร่วมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 ของมูลค่าการจัดซื้อยาและ วมย. ทั้งหมดของโรงพยาบาล <p>3. เกณฑ์อัตราคงคลัง ของ stock ยาโรงพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.อัตราคงคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มีไช่ยาใน รพ.ไม่เกิน 3 เดือน 2.อัตราคงคลังยาและเวชภัณฑ์ที่มีไช่ยาใน รพ.สต.ไม่เกิน 2 เดือน (นับรวม รพ.สต.ที่ถ่ายโอนสู่อปท.ด้วย) <p>4. เกณฑ์ Steroids</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.มีผู้รับผิดชอบรายงานแอปพลิเคชันตาไว 2.มีรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้สเตียรอยด์/ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนผสม สเตียรอยด์ 3.มีการสรุปและวิเคราะห์เพื่อวางแผนในการจัดการปัญหา
<p>เกณฑ์เป้าหมายปี 2566</p>	<p>ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดย่อย 4 ตัวชี้วัดทุกตัว (ความสำเร็จระดับ 5)</p>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อให้ประชาชนได้รับมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาและเพื่อการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์มีไช่ยาที่มีประสิทธิภาพ ประหยัด สมเหตุสมผล โปร่งใส</p>
<p>กลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>หน่วยงานที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข /ประชาชนทั่วไปได้รับบริการที่ครอบคลุม</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>ประเมินกระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ของการดำเนินงาน, รวบรวมรายงาน, หลักฐานเชิงประจักษ์ ,ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม</p>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>รายงานผลการประเมินของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>





ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566
<p style="text-align: center;">เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566</p> <p style="text-align: center;">รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566) รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)</p> <p style="text-align: center;">ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเฝ้าระวังการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข</p> <p>ความสำเร็จระดับ 1</p> <ul style="list-style-type: none"> -เกณฑ์ RDU (ผ่านอย่างน้อย 1 ข้อจาก 5 ข้อ) -เกณฑ์อัตราการคงคลัง (ผ่านอย่างน้อย 1 ข้อ จาก 2 ข้อ) -เกณฑ์ Steroids (ผ่านอย่างน้อย 1 ข้อ จาก 3 ข้อ) <p>ความสำเร็จระดับ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> -เกณฑ์ RDU (ผ่านอย่างน้อย 2 ข้อจาก 5 ข้อ) -เกณฑ์อัตราการคงคลัง (ผ่านทั้ง 2 ข้อ) -เกณฑ์ Steroids (ผ่านอย่างน้อย 2 ข้อจาก 3 ข้อ) <p>ความสำเร็จระดับ 3</p> <ul style="list-style-type: none"> -เกณฑ์ RDU (ผ่านอย่างน้อย 3 ข้อ จาก 5 ข้อ) -เกณฑ์อัตราการคงคลัง (ผ่านทั้ง 2 ข้อ) -เกณฑ์ Steroids (ผ่านทั้ง 3 ข้อ) <p>ความสำเร็จระดับ 4</p> <ul style="list-style-type: none"> -เกณฑ์ RDU (ผ่านอย่างน้อย 4 ข้อ จาก 5 ข้อ) -เกณฑ์อัตราการคงคลัง (ผ่านทั้ง 2 ข้อ) -เกณฑ์ Steroids (ผ่านทั้ง 3 ข้อ) -เกณฑ์จัดซื้อยาและ วมย.ร่วม (ผ่าน 1 ข้อ) <p>ความสำเร็จระดับ 5</p> <ul style="list-style-type: none"> -เกณฑ์ RDU (ผ่านทั้ง 5 ข้อ) -เกณฑ์อัตราการคงคลัง (ผ่านทั้ง 2 ข้อ) -เกณฑ์ Steroids (ผ่านทั้ง 3 ข้อ) -เกณฑ์จัดซื้อยาและ วมย.ร่วม (ผ่าน 1 ข้อ) 	
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 1
2 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 2
3 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 3
4 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 4
5 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 5

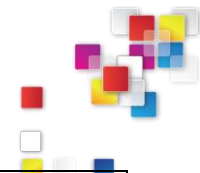




วิธีการประเมินผล	ประเมินเชิงคุณภาพ, ตรวจสอบหลักฐาน ร่องรอยการปฏิบัติงาน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวนันทิกร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ Jutharat.216@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางสาวนันทิกร จำปาสา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เบอร์โทร 096-196-6649 อีเมลล์ Jutharat.216@gmail.com

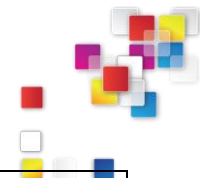
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 3	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ 6	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 19)	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>สถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง อาคาร สถานที่หรือบริเวณใดๆ ที่มีใช้หรือทางสาธารณะที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จและจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่ายโดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือนำไปบริโภคที่อื่นก็ตาม</p> <p>ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.สถานที่จำหน่ายอาหารได้รับอนุญาต/จัดแจ้งประกอบกิจการ 2.มีการลงทะเบียน และประเมินตนเอง บนระบบ food handler http://foodhandler.moph.go.th/ 3.ผู้ประกอบการ หรือผู้สัมผัสอาหาร ผ่านการอบรม บนระบบ food handler 4.จัดทำฐานข้อมูลระดับอำเภอ และสรุปผลการประเมินตามกฎหมายกระทรวงฯ (4 หมวดและผลตรวจด้านแบคทีเรีย)





	5.มีร้านอาหารต้นแบบด้านสุขาภิบาลอาหาร (Clean Food Good Taste Plus)
เกณฑ์เป้าหมายปี 2566 (ความสำเร็จระดับ 5) ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด (เกณฑ์ร้อยละ 30)	
วัตถุประสงค์	เพื่อยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหารให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด
กลุ่มเป้าหมาย	สถานที่จำหน่ายอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบตรวจมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสถานที่จำหน่ายอาหารตามกฎหมายกระทรวงฯ และทะเบียนสถานที่จำหน่ายอาหาร ผู้ประกอบกิจการ ผู้สัมผัสอาหาร บนระบบ food handler
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สนง.สสจ.อบ. http://foodhandler.moph.go.th/
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100 =$ ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด (เกณฑ์ร้อยละ 30)
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566





เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)

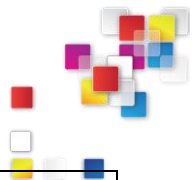
รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)

รายละเอียดตัวชี้วัด	ค่าคะแนน
1. สถานที่จำหน่ายอาหารได้รับอนุญาต/จัดแจ้งประกอบกิจการ (คะแนนเต็ม 1 คะแนน) -ผลงานน้อยกว่าร้อยละ 10 (0 คะแนน) -ผลงานระหว่างร้อยละ 10-19.99 (0.3 คะแนน) -ผลงานระหว่างร้อยละ 20-29.99 (0.5 คะแนน) -ผลงานมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 (1 คะแนน)	1 คะแนน
2. มีการลงทะเบียน และประเมินตนเอง บนระบบ food handler (คะแนนเต็ม 1 คะแนน) -ผลงานน้อยกว่าร้อยละ 10 (0 คะแนน) -ผลงานระหว่างร้อยละ 10-19.99 (0.3 คะแนน) -ผลงานระหว่างร้อยละ 20-29.99 (0.5 คะแนน) -ผลงานมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 (1 คะแนน)	1 คะแนน
3. ผู้ประกอบการ หรือผู้สัมผัสอาหาร ผ่านการอบรม บนระบบ food handler (คะแนนเต็ม 1 คะแนน) -ผลงานน้อยกว่าร้อยละ 10 (0 คะแนน) -ผลงานระหว่างร้อยละ 10-19.99 (0.3 คะแนน) -ผลงานระหว่างร้อยละ 20-29.99 (0.5 คะแนน) -ผลงานมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 (1 คะแนน)	1 คะแนน
4. จัดทำฐานข้อมูลระดับอำเภอ และสรุปผลการประเมินตามกฎหมายกระทรวงฯ 4 หมวด และผลตรวจด้านแบคทีเรีย (คะแนนเต็ม 1 คะแนน) -ผลงานน้อยกว่าร้อยละ 10 (0 คะแนน) -ผลงานระหว่างร้อยละ 10-19.99 (0.3 คะแนน) -ผลงานระหว่างร้อยละ 20-29.99 (0.5 คะแนน) -ผลงานมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 (1 คะแนน)	1 คะแนน
5. มีร้านอาหารต้นแบบด้านสุขาภิบาลอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) (คะแนนเต็ม 1 คะแนน) -ไม่มี (0 คะแนน) -มี (1 คะแนน)	1 คะแนน

นำคะแนนทั้ง 5 ข้อรวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

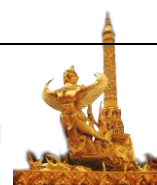
วิธีการประเมินผล	เอกสารหลักฐานการดำเนินงาน, ลงพื้นที่, ประเมินตามเกณฑ์
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายบัณฑิต บุญจันทร์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมมา โทรศัพท์มือถือ. 091-020-4657
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด

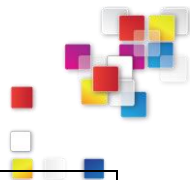




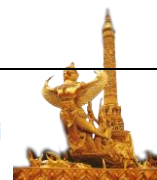
	นางสิริพร แก้วมทวงศ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ. 086-648-1889
--	---

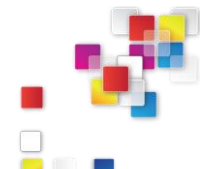
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 4	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่ 7	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 20)	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนาตามเกณฑ์GREEN&CLEAN hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>โรงพยาบาลพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลมีกระบวนการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้รับบริการ ญาติ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล</p> <p>กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย การกำหนดนโยบาย จัดทำ แผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพ และสร้าง กระบวนการสื่อสารให้เกิด การพัฒนา ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital Challenge อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</p> <p>C: Communication L: Leader E: Effectiveness A: Activity N: Network</p> <p>ตามเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง มีการสร้างนวัตกรรมด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม และขยายสู่ชุมชน เป็น Green Community</p> <p>การพัฒนาระดับ GREEN&CLEAN Hospital Challenge หมายถึง คะแนนในการดำเนินงานเต็ม 270 คะแนน แบ่งการประเมินเป็น</p> <ol style="list-style-type: none"> ระดับมาตรฐาน (Standard) CLEAN + GREEN (13 ข้อ) 220 (80%) 176 ขึ้นไป ต้องมีผลการดำเนินงานแต่ละหมวด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ระดับดีเยี่ยม (Excellent) CLEAN + GREEN + Innovation + Network (15 ข้อ) 270 (90%) 243 ขึ้นไป ประเด็นงานที่ต้องดำเนินการตาม กฎหมายต้องผ่านการดำเนินงานทั้งหมด ระดับท้าทาย (Challenge) ประกอบด้วย 4 ประเด็น โรงพยาบาลเลือกประเด็นดังนี้





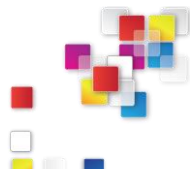
	<p>ประเด็นที่ 1 Low Carbon and Climate Resilient Health Care</p> <p>ประเด็นที่ 2 มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับ โรงพยาบาลระดับดีขึ้นไป (Environment)</p> <p>ประเด็นที่ 3 การจัดการพลังงานในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (Energy)</p> <p>ประเด็นที่ 4 การจัดการของเสียทางการแพทย์ในโรงพยาบาล (Garbage)</p>			
คำเป้าหมาย โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge				
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
	ร้อยละ 30	ร้อยละ 50	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เกิดการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นมาตรฐานเดียวกัน และให้สถานบริการสาธารณสุขมีความตระหนักและลดมลพิษเกี่ยวกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง (29 แห่ง)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตามแบบประเมินมาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge และผลการประเมินจากคณะกรรมการประเมิน			
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย			
รายการข้อมูล	A = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด B = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B * 100$			
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566			
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2566				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1.ประเมินตนเอง 2.ทำแผนพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital Challenge และดำเนินการตามแผน	3.ดำเนินงานตามแผนต่อเนื่องและรับการประเมิน 4.พัฒนา/ปรับปรุงแก้ไขตามส่วนขาดอย่างต่อเนื่อง	5.ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด	6.ประเมินรอบที่ 2 ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566) รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2566- 31 ส.ค. 2566)				



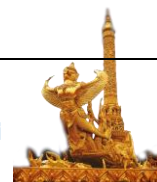


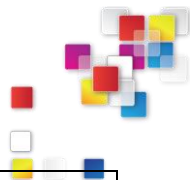
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
0.5 คะแนน	มีแผนพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital Challenge
0.5 คะแนน	มีผลการประเมินตนเอง GREEN&CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป
1 คะแนน	ขอรับการตรวจประเมิน GREEN&CLEAN Hospital Challenge
2 คะแนน	ผ่านการประเมินระดับมาตรฐานขึ้นไป
1 คะแนน	ผ่านการประเมินระดับท้าทาย
<i>นำคะแนนที่ได้มารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)</i>	
วิธีการประเมิน:	ประเมินตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge และผลการประเมินจากคณะกรรมการประเมิน/ลงพื้นที่
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล คู่มือสถานบริการสาธารณสุขลดโลกร้อน คู่มือการดำเนินงานโรงพยาบาลปลอดภัย คู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานพยาบาล
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายบัณฑิต บุญจันทร์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ โทรศัพท์มือถือ. 091-020-4657
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางปิยะนุช คันทร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทร. 094-562-4651 อีเมลล์. Oil_1728@hotmail.com





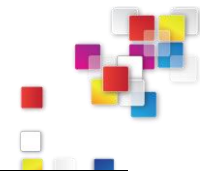
ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 4	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่ 7	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 21)	ระดับความสำเร็จของ (รพ.สต.) ที่พัฒนาตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting hospital (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีกระบวนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้รับบริการ ญาติ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยมุ่งส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการดำเนินงานที่เป็น มิตรกับสิ่งแวดล้อม เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ชุมชน ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินนี้แบ่งออกเป็น 7 หมวด</p> <p><u>ส่วนที่ 1</u> การพัฒนา GREEN & CLEAN รพ.สต.</p> <p>หมวด 1 CLEAN : การสร้างกระบวนการพัฒนา (5 คะแนน)</p> <p>หมวด 2 G : GARBAGE การจัดการมูลฝอยทุกประเภท (20 คะแนน)</p> <p>หมวด 3 R : RESTROOM การพัฒนาส้วมมาตรฐานและการจัดการสิ่งปฏิกูล (15 คะแนน)</p> <p>หมวด 4 E : ENERGY การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร (15 คะแนน)</p> <p>หมวด 5 E : ENVIRONMENT การจัดการสิ่งแวดล้อมใน รพ.สต. (25 คะแนน)</p> <p>หมวด 6 N : NUTRITION การส่งเสริมด้านอาหารและน้ำปลอดภัยปลอดภัย และเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับชุมชน (20 คะแนน)</p> <p>รวม 100 คะแนน</p> <p><u>ส่วนที่ 2</u> การพัฒนา GREEN Community</p> <p>หมวด 7 การพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community</p> <p>ผลการประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> ระดับมาตรฐาน หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 80 คะแนนขึ้นไป ระดับดี หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 90 คะแนนขึ้นไป ระดับดีเยี่ยม หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-6 ได้คะแนน 100 คะแนน และ ดำเนินการตามหมวด 7 *กรณีที่มีผลการประเมินแต่ละหมวดไม่ถึงร้อยละ 80 และคะแนนไม่ถึง 80 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่านการประเมิน





ค่าเป้าหมาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านการประเมินระดับมาตรฐานขึ้นไปร้อยละ 10			
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการดำเนินงานที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและเกิดการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นมาตรฐานเดียวกัน เชื่อมต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว สอดคล้องกับการขยายผลการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องในสถานบริการสาธารณสุข ตามโครงการ GREEN&CLEAN Hospital สู่วิทยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความตระหนักและลดมลพิษเกี่ยวกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชน และสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ชุมชน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (ในสังกัด สสจ.อบ. 262 แห่ง , สังกัด อปท.55 แห่ง)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตามแบบประเมินมาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge และผลการประเมินจากคณะกรรมการประเมิน		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย		
รายการข้อมูล	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566		
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2566			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ประเมินตนเอง 2.ทำแผนพัฒนา GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) และดำเนินการตามแผน	3.ดำเนินงานตามแผน ต่อเนื่องและรับการประเมิน 4.พัฒนา/ปรับปรุงแก้ไข ตามส่วนขาดอย่างต่อเนื่อง	5.ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ที่กำหนด	6.ประเมินรอบที่ 2 ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 10
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566			
รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)			
รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)			



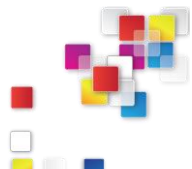


คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
0.5 คะแนน	มีการสื่อสารหรือประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานภายในองค์กร
0.5 คะแนน	มีแผนพัฒนา GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh)
0.5 คะแนน	มีผลการประเมินตนเอง GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป
1 คะแนน	ขอรับการตรวจประเมิน GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCsh)
2.5 คะแนน	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านการประเมินระดับมาตรฐานขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 -มากกว่าร้อยละ 10 = 2.5 คะแนน -มากกว่าร้อยละ 5 – 10 = 1.5 คะแนน -ผ่านร้อยละ 1 – 5 = 1 คะแนน -ผ่านต่ำกว่าร้อยละ 1 = 0 คะแนน

นำคะแนนที่ได้มารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

วิธีการประเมิน:	ประเมินตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge และผลการประเมินจากคณะกรรมการประเมินตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital และลงพื้นที่
เอกสารสนับสนุน	1.คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital 2.คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 3.คู่มือสถานบริการสาธารณสุขลดโลกร้อน 4.คู่มือการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย 5.คู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานพยาบาล
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายบัณฑิต บุญจันทร์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ โทรศัพท์มือถือ. 091-020-4657
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางปิยนุช คันทร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทร. 094-562-4651 อีเมลล์. Oil_1728@hotmail.com





ยุทธศาสตร์ที่ 1	PP&P Excellence (ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 4	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่ 7	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 22)	ระดับความสำเร็จของอำเภอเมืองครุฑนครส่วนท้องถิ่นต้นแบบในการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมแบบครบวงจร (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม หมายถึง อำเภอมีการส่งเสริม สนับสนุน ให้ พชอ. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีการกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลมีการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น มีระบบการเฝ้าระวังการทิ้ง ตามที่หรือทางสาธารณะ หรือทิ้งตามที่เอกชน อันจะก่อให้เกิดการแพร่กระจาย เชื้อโรค และเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

คำเป้าหมาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบในการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมครบวงจร (ความสำเร็จระดับ 5)

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
อย่างน้อย 1 แห่ง/อำเภอ	อย่างน้อย 2 แห่ง/อำเภอ	อย่างน้อย 3 แห่ง/อำเภอ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.)	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล รายงาน EHA 3002	
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ผ่านการประเมินรับรอง	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	
ระยะเวลาประเมินผล	ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566	

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

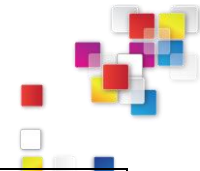
รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)

รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	ผ่านประชาคมมีพื้นที่เป้าหมาย
1 คะแนน	มีข้อบัญญัติ ตั้งงบประมาณของอปท.
1 คะแนน	อำเภอมีแผนงานผ่าน พชอ./สภาท้องถิ่น
1 คะแนน	อยู่ระหว่างการก่อสร้างเสร็จ (แต่ยังไม่เปิดใช้)
1 คะแนน	บริหารจัดการ เปิดใช้งานบ่อบำบัด พัฒนาต่อเนื่อง

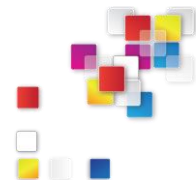
นำคะแนนที่ได้มารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)





รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	อำเภอที่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล 9 อำเภอได้แก่ เชียงใน(1บ่อ) เขมราฐ(1บ่อ) นาทาล(1บ่อ) เหล่าเสือโก้ก(1บ่อ) ศรีเมืองใหม่(2บ่อ) พิบูลมังสาหาร(1บ่อ) กุดข้าวปุ้น(1บ่อ) ม่วงสามสิบ(2บ่อ) บุณฑริก(1บ่อ)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายบัณฑิต บุญจันทร์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ โทรศัพท์มือถือ : 091-020-4657
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นายสุรทิน หมั่นอินทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-254-9462 กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



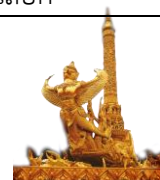


Service Excellence

บริการเป็นเลิศ



ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 23)	ระดับความสำเร็จของผลลัพธ์การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	3 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562</p> <p>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. 2562 <p>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและให้หมายความร่วมมือถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการ ทางกายภาพและสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะและการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่ บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพแต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติภารกิจอื่น ยกเว้นกรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารกวัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก



	<p>(5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ</p> <p>(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง และบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพ ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้</p> <p>(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย (สะสม)		
ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
97 ทีม (ร้อยละ 52)	110 ทีม (ร้อยละ 59)	123 ทีม (ร้อยละ 66)
วัตถุประสงค์	<p>-เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้น เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ได้อย่างเหมาะสม</p> <p>-เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ</p>	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ศสม. , รพ.สต. , สสข. และหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็นเป้าหมายการขึ้นทะเบียน ในแต่ละปี	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบลงทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	
แหล่งข้อมูล	ระบบลงทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	
รายการข้อมูล	<p>A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และได้รับการประกาศ จากกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามแผนการขึ้นทะเบียน ปี 2563 - 2572</p>	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ประเมิน 2 รอบ /ปี</p> <p>ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566</p> <p>ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566</p>	



เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566)

รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2566- 31 ส.ค. 2566)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	- มีการทบทวนแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ระยะ 10 ปี
1 คะแนน	- มีการบริหารอัตรากำลังครบตามเกณฑ์ เพื่อเปิดดำเนินการตามแผนจัดตั้ง ปี 2566
1 คะแนน	- มีการขึ้นทะเบียนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อย่างมีคุณภาพ (ครบตามเกณฑ์ 3 S : สะสม) อย่างน้อย 1 ทีม (ในอำเภอที่ยังไม่มีการจัดตั้ง และอำเภอที่จัดตั้งแล้วแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ 51)
1 คะแนน	- มีการจัดบริการ (Service) ตามเกณฑ์คุณภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ - อำเภอมีการขึ้นทะเบียนจัดตั้ง PCU/NPCU (สะสม) ได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 52
1 คะแนน	- อำเภอมีการจัดตั้ง PCU/NPCU ครอบคลุมเต็มพื้นที่อำเภอ (0.7 คะแนน) - มีนวัตกรรมบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพสำคัญของพื้นที่จนเกิดผลลัพธ์ ด้านสุขภาพที่ดีของประชาชน (0.3 คะแนน)

นำคะแนนที่ได้มารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

เอกสารสนับสนุน

ระบบลงทะเบียน สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2563	2564	2565
การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	หน่วย	38 หน่วย (ร้อยละ20.43)	75 หน่วย (ร้อยละ40.32)	78 หน่วย (ร้อยละ41.93)

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

หัวหน้ากลุ่มงาน

นายปรีชา ทองมูล
ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
โทรศัพท์มือถือ. 089-722-8810

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล

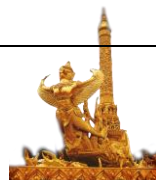
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน

ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด

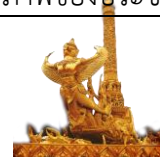
1. นางสาวโสมนัสสา โสคำภา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 331
โทรศัพท์มือถือ : 082-371-4687 โทรสาร : 045-241918
E-mail : s.sommanatsa@gmail.com
sommanatsa@hotmail.com

2. นายภูริภัทร บรรจง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244801 ต่อ 331



	โทรศัพท์มือถือ : 062-889-2941 โทรสาร : 0 4524 1918 กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
--	---

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)	
แผนงานที่ 5	การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	
โครงการที่ 2	โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพและ อสม.	
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์	
ชื่อตัวชี้วัด (R 24)	ระดับความสำเร็จของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน (ความสำเร็จระดับ 5)	
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน	
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับหมู่บ้าน ทั้งในเขตเมืองและชนบท</p> <p>การจัดการสุขภาพ หมายถึง การดำเนินการกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยกระบวนการสร้างทีมแกนนำสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result)</p> <p>แกนนำสุขภาพ หมายถึง ผู้นำทางด้านสุขภาพในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยุวอาสาสมัครสาธารณสุข (ยุวอสม.) เป็นต้น</p> <p>เครือข่ายสุขภาพ หมายถึง ภาคร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน เช่น พชอ. อปท. โรงเรียน ชมรม หรือ เครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน</p> <p>พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน หมายถึง หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 75,086 แห่ง (ระดับประเทศ)</p> <p>เป้าหมายการดำเนินงานระดับจังหวัด จำนวน 2,704 แห่ง</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย		
ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
ร้อยละ 75 (2,028 แห่ง) ประเมินความสำเร็จระดับ 5	ร้อยละ 80 (2,163 แห่ง) ประเมินความสำเร็จระดับ 5	ร้อยละ 85 (2,298 แห่ง) ประเมินความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ชุมชนเป็นฐานในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่	



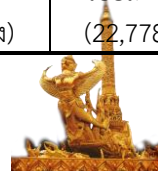
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หมู่บ้านที่มีการดำเนินการจัดการสุขภาพให้กับประชาชน จำนวน 2,704 แห่ง		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การรายงานผลการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2. การประเมินหมู่บ้านจากระบบ Health Gate		
แหล่งข้อมูล	1.การประเมินชุมชนจัดการสุขภาพได้จากระบบการประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Health Gate (https://healthgate.gen-hed.com/report/village)		
รายการข้อมูล	A = ชุมชนที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับพัฒนาขึ้นไป) B = ชุมชนเป้าหมายทั้งหมด (2,704 แห่ง)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566		
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566) รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2566- 31 ส.ค. 2566) เกณฑ์การประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ			
1. สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน 2. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน 3. มีการวางแผนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4. จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ฝึกทักษะสุขภาพที่จำเป็นและจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 5. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน 6. มีการประเมินผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีบุคคลต้นแบบ นวัตกรรมสุขภาพ 7. ถอดบทเรียน ขยายผลต่อยอดสู่ความยั่งยืน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี			
ระดับการพัฒนา			
1. ระดับพัฒนา : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2. ระดับดี : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ 3. ระดับดีมาก : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน			
4. ระดับดีเยี่ยม : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี			
ปี 2566 เป้าหมาย 2,704 แห่ง ร้อยละชุมชนที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับพัฒนาขึ้นไป)			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 45 (1,217 แห่ง)	ร้อยละ 60 (1,622 แห่ง)	ร้อยละ 75 (2,028 แห่ง)



คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน 2. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน
2 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน 2. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน 3. มีการวางแผนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
3 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน 2. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน 3. มีการวางแผนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4. จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ฝึกทักษะสุขภาพที่จำเป็นและจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
4 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน 2. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน 3. มีการวางแผนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4. จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ฝึกทักษะสุขภาพที่จำเป็นและจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 5. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน
5 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน 2. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน 3. มีการวางแผนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4. จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ฝึกทักษะสุขภาพที่จำเป็นและจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 5. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน 6. มีการประเมินผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีบุคคลต้นแบบนวัตกรรมสุขภาพ 7. ถอดบทเรียน ขยายผลต่อยอดผู้ความยั่งยืน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี

วิธีการประเมิน	ประเมินโดยใช้แบบประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2. แนวทางการประเมิน 3. ฐานข้อมูลจากระบบ Health Gate

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2563	2564	2565
ร้อยละชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน (ระดับพัฒนาขึ้นไป)	ร้อยละ	ร้อยละ 2.70 (2,034 แห่ง)	ร้อยละ 24.64 (18,375 แห่ง)	ร้อยละ 30.34 (22,778 แห่ง)

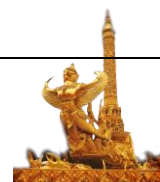


		ระดับประเทศ ระดับจังหวัด	ระดับประเทศ ระดับจังหวัด	ระดับประเทศ ระดับจังหวัด	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายปรีชา ทองมูล ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ. 089-722-881				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด ดร.วิจิต พุ่มจันทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244801 ต่อ 331 โทรศัพท์มือถือ : 083-023-9456 โทรสาร : 045-241918 E-mail : Theppum3@gmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)
โครงการที่ 4	โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 25)	ระดับความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ความสำเร็จระดับ 5)
ชื่อตัวชี้วัดย่อย (R 25.1)	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90)
ชื่อตัวชี้วัดย่อย (R 25.2)	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90)
ชื่อตัวชี้วัดย่อย (R 25.3)	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	R 25.1 (ค่าถ่วงน้ำหนัก 1 คะแนน) R 25.2 (ค่าถ่วงน้ำหนัก 1 คะแนน) R 25.3 (ค่าถ่วงน้ำหนัก 1.5 คะแนน)



<p>คำนิยามตัวชี้วัด</p>	<p>1. ผู้ป่วยวัณโรค (TB disease) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกายแต่ภูมิคุ้มกันไม่สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ เกิดพยาธิสภาพที่ทำให้ป่วยเป็นวัณโรคอาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่น ๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p>3. ผู้ป่วยรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบข้อมูลวัณโรค NTIPมาก่อน (ไม่ว่าจะเป็น P หรือ EP, B+ หรือ B-)</p> <p>4. ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาและได้รับการประเมินว่ารักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยซ้ำ (ไม่ว่าจะเป็น P หรือ EP, B+ หรือ B-)</p> <p>5. รักษาสำเร็จ (treatment success) หมายถึง ผลรวมของการรักษาหาย (cured) กับรักษาครบ (treatment Completed)</p> <p>6. การรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษา (final outcome) จำแนกได้ ดังนี้</p> <p>6.1 รักษาหาย (cured) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจ AFB เป็นบวก (B+) ก่อนเริ่มการรักษาและรักษาครบกำหนด โดยพบผลตรวจ AFB smear (หรือ culture) เป็นลบในเดือนสุดท้ายและก่อนหน้านั้น 1 ครั้ง</p> <p>6.2 รักษาครบ (treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยรักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานว่าล้มเหลว ผู้ป่วยมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 1 ครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา แต่ไม่มีผลเสมหะในเดือนสุดท้าย</p> <p>6.3 รักษาล้มเหลว (treatment failed) หมายถึง ผู้ป่วยที่ส่งตรวจผลเป็นบวก (smear หรือ culture positive) เมื่อสิ้นสุดการรักษาเดือนที่ 5 หรือหลังจากนั้น</p> <p>6.4 ตาย (died) หมายถึง ตายด้วยสาเหตุใด ๆ ในระหว่างการรักษา</p> <p>6.5 ขาดยา (lost to follow-up) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่ได้เริ่มการรักษาหลังการวินิจฉัยหรือเริ่มการรักษาและต่อมาขาดยาตั้งแต่ 2 เดือนติดต่อกันขึ้นไป</p> <p>6.6 โอนออก (transfer out) หมายถึง ผู้ป่วยที่โอนออกไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่นและไม่ทราบผลการรักษา (ให้เปลี่ยนผลการรักษา เมื่อทราบผลการรักษาสุดท้ายแล้ว)</p>
--------------------------------	---



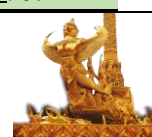
	<p>6.7 ประเมินผลไม่ได้ (not evaluated) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสรุปผลการรักษาครั้งสุดท้ายในรอบการประเมินนั้น ๆ ได้ เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษา เป็นต้น</p> <p>7. การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง</p> <p>กลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มีโอกาสได้รับเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้ ได้แก่</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 1 ผู้สัมผัสร่วมบ้านวัณโรค/ตื้อยา สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค/ตื้อยา หมายถึง (1) ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งเสมหะพบเชื้อและเสมหะไม่พบเชื้อ (2) ผู้สัมผัสโรคร่วมที่ทำงาน ระยะเวลาติดต่อกัน 8 ชั่วโมง/วัน หรือ 120 ชั่วโมง/1เดือน</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 2 ผู้ต้องขังในเรือนจำ หมายถึง ผู้ต้องขังที่ได้รับการตัดสินต้องโทษทุกรายในเรือนจำกลางอุบลราชธานี</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ที่มารับบริการในหน่วยบริการ กลุ่มเสี่ยงที่ 4 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับ 8 mg%) (ผลการการตรวจ ปี 2565) หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า FBS > 140 mg/dL กรณี ไม่ได้ตรวจ HbA1c ปี 65 - ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยโรคไต (CKD) ที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ที่เป็นโรคไต Stage 4, Stage 5 หรือมีค่าการทำงานของไต (GFR) < 30 <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 5 ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ หรือที่มีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือที่มีโรคร่วมเบาหวาน</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 6 ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดสุราเรื้อรัง หมายถึง ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดสุราเรื้อรัง ที่มารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลในเขตพื้นที่</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 7 กลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยทุกระดับ</p> <p>8.การ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่อยู่ในช่วงระหว่างการรักษาวัณโรค ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน เพื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเสี่ยง ได้แก่ เหนื่อยอ่อนเพลีย, เหนื่อยนอนราบไม่ได้, เจ็บแน่นหน้าอก, หายใจหอบ, มีผื่นร่วมกับหายใจไม่อิ่ม</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	



ตัวชี้วัดที่สำคัญ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
1. อัตราความสำเร็จการรักษา (ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ90	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ90	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ90
2. อัตราความสำเร็จการรักษา(ผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ90	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ90	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ90
3. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ90	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ90	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ90
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้าน การตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</p> <p>2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแล รักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษา (Success rate) / อัตราการขาดยา / อัตราตาย ดังนี้</p> <p>1.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาส ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (เดือน1 ตุลาคม พ.ศ.2565 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565) ที่เป็นผู้ป่วย ไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวง สาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>1.2 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1- 4 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือน 1 ตุลาคม พ.ศ.2564 – 30 กันยายน พ.ศ. 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งใน และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>2. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณ โรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 (1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566) ที่ เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3. การประเมินการอัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธี ถ่ายภาพรังสีทรวงอก ใน 7 กลุ่มเสี่ยงสูง ที่มีฐานข้อมูลของหน่วยบริการในอำเภอนั้น ๆ โดยใช้เป้าหมายที่พื้นที่กำหนด ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565</p> <p>5. การประเมินร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วย ภาวะฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่อยู่สถานะกำลังรักษาทุกราย</p>		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้</p> <p>บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)</p>		
แหล่งข้อมูล	<p>โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)</p>		
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อย R25.1	<p>25.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 31 ธันวาคม 2565)</p> <p>สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$</p>		



	<p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 31 ธันวาคม 2566) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ(Completed)</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 31 ธันวาคม 2566)</p> <p><i>หมายเหตุ</i> * ในการประเมินรอบที่ 1 (ผลการรักษาสำเร็จ+กำลังรักษา+ไอน์ออก) ** ในการประเมินรอบที่ 2 (ผลการรักษาสำเร็จ)</p>										
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อย R25.2	<p>25.2 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (Success rate) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1-4 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566)</p> <p>สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1-4 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 31 ธันวาคม 2566) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ(Completed)</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1-4 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565)</p> <p><i>หมายเหตุ</i> * ในการประเมินรอบที่ 1 (คำนวณจาก รอบที่ 1-2/2565) ** ในการประเมินรอบที่ 2 (คำนวณจาก รอบที่ 1-4/2565)</p>										
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อย R25.3	<p>25.3 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - 30 กันยายน พ.ศ.2566)</p> <p>สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - 30 กันยายน พ.ศ. 2566)</p> <p>B = จำนวนคาดการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566</p> <p><i>หมายเหตุ</i> จำนวนคาดการณ์ คัดจากข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC คัดอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน</p>										
แหล่งข้อมูล	<p>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>										
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566</p>										
<p>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566</p> <p>รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566) รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)</p>											
<p>เกณฑ์การให้คะแนน :</p> <p>ตัวชี้วัดย่อยที่ 25.1 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษา</p> <p>ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1ตุลาคม2565 –31ธันวาคม 2565) และมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) (ประเมินรอบที่ 1 และ 2)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><60%</td> <td>60-69.99%</td> <td>70-79.99%</td> <td>80-89.99%</td> <td>≥90%</td> </tr> </tbody> </table>		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	<60%	60-69.99%	70-79.99%	80-89.99%	≥90%
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน							
<60%	60-69.99%	70-79.99%	80-89.99%	≥90%							



ตัวชี้วัดย่อยที่ 25.2 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1-4 ของปีงบประมาณ 2565 (1ตุลาคม2564 -30 กันยายน 2565) และมีผลการรักษาหาย (Cured) ร่วมกับรักษาครบ (Completed) **(ประเมินรอบที่ 1 และ 2)**

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

ตัวชี้วัดย่อยที่ 25.3 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

(1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - 30 กันยายน พ.ศ.2566) **(ประเมินรอบที่ 1 และ 2)**

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
≤15%	16-39.99%	40-64.99%	65-89.99%	≥ 90%

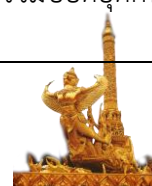
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. ทะเบียน Register หรือแบบฟอร์ม TB08 3. โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 085-315-9081
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด <ol style="list-style-type: none"> 1. นายกฤษวิสุทธิ์ ชิวสุเกิดมงคล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ :081-660-2936 2. นายไตรเทพ ไชแสง (จนท.ประสานงานโปรแกรมและติดตามประเมินผล โครงการยุติปัญหาวัณโรคและเอ็ดส์ ด้วยชุดบริการ RRTTR (STAR3) กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ :094-149-1653



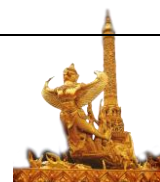
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)
โครงการที่ 4	โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 26)	อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (น้อยกว่าร้อยละ 1)
ชื่อตัวชี้วัดย่อย (R 26.1)	อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (น้อยกว่าร้อยละ 1)
ชื่อตัวชี้วัดย่อย (R 26.2)	อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (น้อยกว่าร้อยละ 1)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	ค่าถ่วงน้ำหนัก R 26.1 (0.5 คะแนน) ค่าถ่วงน้ำหนัก R 26.2 (0.5 คะแนน)
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยวัณโรค (TB disease) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกายแต่ภูมิคุ้มกันไม่สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ เกิดพยาธิสภาพที่ทำให้ป่วยเป็นวัณโรคอาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่น ๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p>3. ผู้ป่วยรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP มาก่อน (ไม่ว่าจะเป็น P หรือ EP, B+ หรือ B-)</p> <p>4. ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาและได้รับการประเมินว่ารักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยซ้ำ (ไม่ว่าจะเป็น P หรือ EP, B+ หรือ B-)</p> <p>5. รักษาสำเร็จ (treatment success) หมายถึง ผลรวมของการรักษาหาย (cured) กับรักษาครบ (treatment Completed)</p> <p>6. การรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษา (final outcome) จำแนกได้ ดังนี้</p> <p>6.1 รักษาหาย (cured) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจ AFB เป็นบวก (B+) ก่อนเริ่มการรักษาและรักษาครบกำหนด โดยพบผลตรวจ AFB smear (หรือ culture) เป็นลบในเดือนสุดท้ายและก่อนหน้านั้น 1 ครั้ง</p>



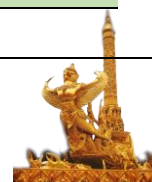
	<p>6.2 รักษาครบ (treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยรักษาครบ กำหนดโดยไม่มีหลักฐานว่าล้มเหลว ผู้ป่วยมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 1 ครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา แต่ไม่มีผลเสมหะในเดือนสุดท้าย</p> <p>6.3 รักษาล้มเหลว (treatment failed) หมายถึง ผู้ป่วยที่ส่งตรวจผลเป็นบวก (smear หรือ culture positive) เมื่อสิ้นสุดการรักษาเดือนที่ 5 หรือหลังจากนั้น</p> <p>6.4 ตาย (died) หมายถึง ตายด้วยสาเหตุใด ๆ ในระหว่างการรักษา</p> <p>6.5 ขาดยา (lost to follow-up) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่ได้เริ่มการรักษาหลังการวินิจฉัยหรือเริ่มการรักษาและต่อมาขาดยาตั้งแต่ 2 เดือนติดต่อกันขึ้นไป</p> <p>6.6 โอนออก (transfer out) หมายถึง ผู้ป่วยที่โอนออกไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่นและไม่ทราบผลการรักษา (ให้เปลี่ยนผลการรักษา เมื่อทราบผลการรักษาสุดท้ายแล้ว)</p> <p>6.7 ประเมินผลไม่ได้ (not evaluated) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสรุปผลการรักษาครั้งสุดท้ายในรอบการประเมินนั้น ๆ ได้ เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษา เป็นต้น</p> <p>7. การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง</p> <p>กลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มีโอกาสได้รับเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้ ได้แก่</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 1 ผู้สัมผัสร่วมบ้านวัณโรค/ต้อยา สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค/ต้อยา หมายถึง (1) ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งเสมหะพบเชื้อและเสมหะไม่พบเชื้อ (2) ผู้สัมผัสโรคร่วมที่ทำงาน ระยะเวลาติดต่อกัน 8 ชั่วโมง/วัน หรือ 120 ชั่วโมง/1 เดือน</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 2 ผู้ต้องขังในเรือนจำ หมายถึง ผู้ต้องขังที่ได้รับการตัดสินต้องโทษทุกรายในเรือนจำกลางอุบลราชธานี</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ที่มารับบริการในหน่วยบริการ กลุ่มเสี่ยงที่ 4 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับ 8 mg%) (ผลการตรวจ ปี 2565) หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า FBS > 140 mg/dL กรณี ไม่ได้ตรวจ HbA1c ปี 65 - ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยโรคไต (CKD) ที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ที่เป็นโรคไต Stage 4, Stage 5 หรือมีค่าการทำงานของไต (GFR) < 30 <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 5 ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ หรือที่มีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือที่มีโรคร่วมเบาหวาน</p>
--	--



	<p>กลุ่มเสี่ยงที่ 6 ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดสุราเรื้อรัง หมายถึง ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดสุราเรื้อรัง ที่มารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลในเขตพื้นที่</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 7 กลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยทุกระดับ</p> <p>8.การ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่อยู่ในช่วงระหว่างการรักษาวัณโรค ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน เพื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเสี่ยง ได้แก่ เหนื่อยอ่อนเพลีย, เหนื่อยนอนราบไม่ได้, เจ็บแน่นหน้าอก, หายใจหอบ, มีผื่นร่วมกับหายใจไม่อิ่ม</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย									
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="105 674 596 725">ตัวชี้วัด</th> <th data-bbox="596 674 900 725">ปีงบประมาณ 2566</th> <th data-bbox="900 674 1187 725">ปีงบประมาณ 2567</th> <th data-bbox="1187 674 1490 725">ปีงบประมาณ 2568</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="105 725 596 902"> อัตราการขาดยา (ร้อยละ) 1.อัตราการขาดยาวัณโรคปอดรายใหม่ 2.อัตราการขาดยาวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ </td> <td data-bbox="596 725 900 902">น้อยกว่าร้อยละ 1</td> <td data-bbox="900 725 1187 902">น้อยกว่าร้อยละ 1</td> <td data-bbox="1187 725 1490 902">น้อยกว่าร้อยละ 1</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	อัตราการขาดยา (ร้อยละ) 1.อัตราการขาดยาวัณโรคปอดรายใหม่ 2.อัตราการขาดยาวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ	น้อยกว่าร้อยละ 1	น้อยกว่าร้อยละ 1	น้อยกว่าร้อยละ 1	
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568						
อัตราการขาดยา (ร้อยละ) 1.อัตราการขาดยาวัณโรคปอดรายใหม่ 2.อัตราการขาดยาวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ	น้อยกว่าร้อยละ 1	น้อยกว่าร้อยละ 1	น้อยกว่าร้อยละ 1						
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษารอบ 2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1.การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษา (Success rate) / อัตราการขาดยา / อัตราตาย ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (เดือน 1 ตุลาคม พ.ศ.2565 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน 1.2 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1- 4 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือน 1 ตุลาคม พ.ศ.2564 – 30 กันยายน พ.ศ. 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน 2. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 (1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน 3. การประเมินการอัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก ใน 7 กลุ่มเสี่ยงสูง ที่มีในฐานข้อมูลของหน่วยบริการในอำเภอนั้น ๆ โดยใช้เป้าหมายที่พื้นที่กำหนด ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 5. การประเมินร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่อยู่สถานะกำลังรักษาทุกราย 								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้								



	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)																				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)																				
สูตรคำนวณ	<p>1. อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 31 ธันวาคม 2565)</p> <p>สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 31 ธันวาคม 2565) ที่มีผลการรักษาขาดยา B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 31 ธันวาคม 2565)</p> <p>2. อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1-4 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565)</p> <p>สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1-4 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565) โดยมีผลการรักษาขาดยา B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1-4 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565) <i>หมายเหตุ</i> * ในการประเมินรอบที่ 1 (คำนวณจาก รอบที่ 1-2/2565) ** ในการประเมินรอบที่ 2 (คำนวณจาก รอบที่ 1-4/2565)</p>																				
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี																				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566																				
<p>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566</p> <p>รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566) รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2566- 31 ส.ค. 2566)</p> <p>ตัวชี้วัดที่ R26 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการขาดยา</p> <p>26.1 อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 31 ธันวาคม 2565) และมีผลการรักษาขาดยา > 60 วัน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>>7%</td> <td>5.01-7.00%</td> <td>3.01-5.00%</td> <td>1.01-3.00%</td> <td>1%</td> </tr> </tbody> </table> <p>26.2 อัตราการขาดยาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1-4 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565) และมีผลการรักษาผลการรักษาขาดยา > 60 วัน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>>7%</td> <td>5.01-7.00%</td> <td>3.01-5.00%</td> <td>1.01-3.00%</td> <td>1%</td> </tr> </tbody> </table>		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	>7%	5.01-7.00%	3.01-5.00%	1.01-3.00%	1%	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	>7%	5.01-7.00%	3.01-5.00%	1.01-3.00%	1%
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																	
>7%	5.01-7.00%	3.01-5.00%	1.01-3.00%	1%																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																	
>7%	5.01-7.00%	3.01-5.00%	1.01-3.00%	1%																	



เอกสารสนับสนุน	1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. ทะเบียน Register หรือแบบฟอร์ม TB08 3. โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 085-315-9081
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1. นายกฤษวิสุทธิ์ ชิวสุเกิดมงคล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 081-660-2936 2. นายไตรเทพ ไชแสง (จนท.ประสานงานโปรแกรมและติดตามประเมินผล โครงการยุติปัญหาวัณโรคและเอชไอวี ด้วยชุดบริการ RRTR (STAR3) กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 094-149-1653

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)
โครงการที่ 4	โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 27)	อัตราการตายผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (น้อยกว่าร้อยละ 5)
ตัวชี้วัดย่อย (R 27.1)	อัตราการตายผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (น้อยกว่าร้อยละ 5)
ตัวชี้วัดย่อย (R 27.2)	อัตราการตายผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (น้อยกว่าร้อยละ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	R 27.1 อัตราตายผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน 0.5 คะแนน) R 27.2 อัตราตายผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน 0.5 คะแนน)
คำนิยามตัวชี้วัด	1.ผู้ป่วยวัณโรค (TB disease) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกายแต่ภูมิคุ้มกันไม่สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ เกิดพยาธิสภาพที่ทำให้ป่วยเป็นวัณโรคอาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้



2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่น ๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง

2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค

3. ผู้ป่วยรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษา น้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP มาก่อน (ไม่ว่าจะเป็น P หรือ EP,B+หรือ B-)

4. ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาและได้รับการประเมินว่ารักษาหายหรือ รักษาครบ แต่กลับมาป่วยซ้ำ (ไม่ว่าจะเป็น P หรือ EP,B+หรือ B-)

5. รักษาสำเร็จ (treatment success) หมายถึง ผลรวมของการรักษาหาย (cured) กับ รักษาครบ (treatment Completed)

6. การรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษา (final outcome) จำแนกได้ ดังนี้

6.1 รักษาหาย (cured) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจ AFB เป็นบวก (B+) ก่อนเริ่มการ รักษาและรักษาครบกำหนด โดยพบผลตรวจ AFB smear (หรือ culture) เป็นลบในเดือน สดท้ายและก่อนหน้านั้น 1 ครั้ง

6.2 รักษาครบ (treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยรักษาครบกำหนดโดยไม่มี หลักฐานว่าล้มเหลว ผู้ป่วยมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 1 ครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา แต่ไม่มี ผลเสมหะในเดือนสุดท้าย

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

6.4 ตาย (died) หมายถึง ตายด้วยสาเหตุใด ๆ ในระหว่างการรักษา

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

6.6 โอนออกไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น หมายถึง ผู้ป่วยที่โอนออกไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น และไม่ทราบผลการรักษา (ให้เปลี่ยนผลการรักษาเมื่อทราบผลการรักษาสุดท้ายแล้ว)

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

7. การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วย วัณโรครายใหม่ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มีโอกาสได้รับเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้ ได้แก่



	<p>กลุ่มเสี่ยงที่ 1 ผู้สัมผัสร่วมบ้านวัณโรค/ติดยา สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค/ติดยา หมายถึง (1) ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งเสมหะพบเชื้อและเสมหะไม่พบเชื้อ (2) ผู้สัมผัสโรคร่วมที่ทำงาน ระยะเวลาติดต่อกัน 8 ชั่วโมง/วัน หรือ 120 ชั่วโมง/1 เดือน</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 2 ผู้ต้องขังในเรือนจำ หมายถึง ผู้ต้องขังที่ได้รับการตัดสินต้องโทษทุกรายในเรือนจำกลางอุบลราชธานี</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ที่มารับบริการในหน่วยบริการ</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 4 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับ 8 mg%) (ผลการตรวจ ปี 2565) หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า FBS > 140 mg/dL กรณี ไม่ได้ตรวจ HbA1c ปี 65 - ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยโรคไต (CKD) ที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ที่เป็นโรคไต Stage 4, Stage 5 หรือมีค่าการทำงานของไต (GFR) < 30 <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 5 ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ หรือที่มีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือที่มีโรคร่วมเบาหวาน</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 6 ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดยาเรื้อรัง หมายถึง ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดยาเรื้อรัง ที่มารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลในเขตพื้นที่</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 7 กลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยทุกระดับ</p> <p>8.การ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่อยู่ในช่วงระหว่างการรักษาวัณโรค ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน เพื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเสี่ยง ได้แก่ เหนื่อยอ่อนเพลีย, เหนื่อยนอนราบไม่ได้, เจ็บแน่นหน้าอก, หายใจหอบ, มีผื่นร่วมกับหายใจไม่อิ่ม</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
อัตราการตายผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (ร้อยละ)	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ 2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข 		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1.การประเมินอัตราการสำเร็จการรักษา (Success rate) / อัตราการขาดยา / อัตราตาย ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (เดือน1 ตุลาคม พ.ศ.2565 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน 		



	<p>1.2 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1- 4 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือน 1 ตุลาคม พ.ศ.2564 – 30 กันยายน พ.ศ. 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวม โรงพยาบาลเอกชน</p> <p>2. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียน ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 (1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3. การประเมินการอัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก ใน 7 กลุ่มเสี่ยงสูง ที่มีในฐานข้อมูลของหน่วยบริการในอำเภอนั้น ๆ โดยใช้เป้าหมายที่พื้นที่กำหนด ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565</p> <p>4. การประเมินร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่อยู่สถานะกำลังรักษาทุกราย</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้</p> <p>บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)</p>
แหล่งข้อมูล	<p>โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)</p>
สูตรคำนวณ	<p>1. อัตราตายผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 31 ธันวาคม 2565)</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 31 ธันวาคม 2565) ที่เสียชีวิตระหว่างการรักษา</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 31 ธันวาคม 2565)</p> <p>2. อัตราตายผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1-4 ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565)</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1-4 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565) ที่เสียชีวิตระหว่างการรักษา</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1-4 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565)</p> <p><i>หมายเหตุ</i> * ในการประเมินรอบที่ 1 (คำนวณจาก รอบที่ 1-2/2565) ** ในการประเมินรอบที่ 2 (คำนวณจาก รอบที่ 1-4/2565)</p>



แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี										
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566										
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566) รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566) เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราตายผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ตัวชี้วัดที่ R 27.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1ตุลาคม2565 –31ธันวาคม 2565) และมีผลการเสียชีวิตระหว่างการรักษา											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>>14%</td> <td>11.01- 14.00%</td> <td>8.01- 11.00%</td> <td>5.01-8.00%</td> <td>5%</td> </tr> </tbody> </table>		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	>14%	11.01- 14.00%	8.01- 11.00%	5.01-8.00%	5%
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน							
>14%	11.01- 14.00%	8.01- 11.00%	5.01-8.00%	5%							
ตัวชี้วัดที่ R 27.2 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1-4 ของปีงบประมาณ 2565 (1ตุลาคม2564 –31 สิงหาคม 2565) และมีผลการเสียชีวิตระหว่างการรักษา											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>>14%</td> <td>11.01- 14.00%</td> <td>8.01- 11.00%</td> <td>5.01-8.00%</td> <td>5%</td> </tr> </tbody> </table>		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	>14%	11.01- 14.00%	8.01- 11.00%	5.01-8.00%	5%
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน							
>14%	11.01- 14.00%	8.01- 11.00%	5.01-8.00%	5%							
เอกสารสนับสนุน	1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. ทะเบียน Register หรือแบบฟอร์ม TB08 3. โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)										
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ 085-315-9081										
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี										
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1.นายกฤษวิสุทธิ์ ชิวสุเกิดมงคล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ :081-660-2936 2.นายไทรเทพ ไชแสง (จนท.ประสานงานโปรแกรมและติดตามประเมินผล โครงการยุติปัญหาวัณโรคและเอดส์ ด้วยชุดบริการ RRTTR (STAR3))										

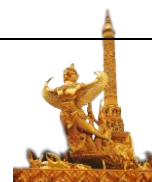


	<p>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 094-149-1653</p>
--	--

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)
โครงการที่ 4	โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 28)	อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>1. การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง</p> <p> กลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มีโอกาสได้รับเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้ ได้แก่</p> <p> กลุ่มเสี่ยงที่ 1 ผู้สัมผัสร่วมบ้านวัณโรค/ตื้อยา สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค/ตื้อยา หมายถึง (1) ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งเสมหะพบเชื้อและเสมหะไม่พบเชื้อ (2) ผู้สัมผัสโรคร่วมที่ทำงาน ระยะเวลาติดต่อกัน 8 ชั่วโมง/วัน หรือ 120 ชั่วโมง/1เดือน</p> <p> กลุ่มเสี่ยงที่ 2 ผู้ต้องขังในเรือนจำ หมายถึง ผู้ต้องขังที่ได้รับการตัดสินต้องโทษทุกรายในเรือนจำกลางอุบลราชธานี</p> <p> กลุ่มเสี่ยงที่ 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ที่มารับบริการในหน่วยบริการ</p> <p> กลุ่มเสี่ยงที่ 4 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง</p> <p> - ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับ 8 mg%) (ผลการการตรวจ ปี 2565) หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า FBS > 140 mg/dL กรณีไม่ได้ตรวจ HbA1c ปี 65</p> <p> - ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยโรคไต (CKD) ที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ที่เป็นโรคไต Stage 4, Stage 5 หรือมีค่าการทำงานของไต (GFR) < 30</p> <p> กลุ่มเสี่ยงที่ 5 ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ หรือที่มีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือที่มีโรคร่วมเบาหวาน</p>



	<p>กลุ่มเสี่ยงที่ 6 ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดสุราเรื้อรัง หมายถึง ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดสุราเรื้อรัง ที่มารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลในเขตพื้นที่</p> <p>กลุ่มเสี่ยงที่ 7 กลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยทุกระดับ</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (ร้อยละ)	≥ 90%	≥ 93%	≥ 95%
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้าน การตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ 2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข 		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	การประเมินการอัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง โดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก ใน 7 กลุ่มเสี่ยงสูง ที่มีในฐานข้อมูลของหน่วยบริการ ในอำเภอนั้น ๆ โดยใช้เป้าหมายที่พื้นที่กำหนด ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)		
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)		
สูตรคำนวณ	<p>อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก</p> <p style="text-align: center;">สูตรคำนวณ = (A/B) × 100</p> <p>A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง (7กลุ่มเสี่ยง) คัดกรองวัณโรคโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก</p> <p>B = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง (7กลุ่มเสี่ยง) ที่พื้นที่กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565</p>		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566		
<p>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566</p> <p>รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)</p> <p>รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)</p>			



เป้าหมายรายไตรมาส อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥ 30%	≥ 50%	≥ 70%	≥ 90%

ตัวชี้วัดที่ R28 เกณฑ์การให้คะแนนการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก

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

เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. ทะเบียน Register หรือแบบฟอร์ม TB08 3. โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>หัวหน้ากลุ่มงาน ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 085-315-9081</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นายกฤษวิสุทธิ์ ชิวสุเกิดมงคล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 081-660-2936 2. นายไตรเทพ ไชแสง (จนท.ประสานงานโปรแกรมและติดตามประเมินผล โครงการยุติปัญหาวัณโรคและเอดส์ ด้วยชุดบริการ RRTTR (STAR3) กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 094-149-1653



ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)			
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)			
โครงการที่ 4	โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ			
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์			
ชื่อตัวชี้วัด (R 29)	ร้อยละการ admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยภาวะฉุกเฉิน (ร้อยละ 100)			
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน			
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยวัณโรค (TB disease) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกายแต่ภูมิคุ้มกันไม่สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ เกิดพยาธิสภาพที่ทำให้ป่วยเป็นวัณโรคอาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่น ๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p>การ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยภาวะฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่อยู่ในช่วงระหว่างการรักษาวัณโรค ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน เพื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเสี่ยง ได้แก่ เหนื่อยอ่อนเพลีย, เหนื่อยนอนราบไม่ได้, เจ็บแน่นหน้าอก, หายใจหอบ, มีผื่นร่วมกับหายใจไม่อึม</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน			
	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
	ร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยภาวะฉุกเฉิน	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</p> <p>2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</p>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	การประเมินร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยภาวะฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่อยู่สถานะกำลังรักษาทุกราย			



วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)										
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)										
สูตรคำนวณ	ร้อยละการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่อยู่ระหว่างการรักษา ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยภาวะฉุกเฉิน ได้รับการ admitted B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่อยู่ระหว่างการรักษา ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยภาวะฉุกเฉินทุกราย										
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี										
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566										
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566) รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566) ตัวชี้วัดที่ R 29 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการการ Admitted ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะฉุกเฉิน											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><70%</td> <td>70-79.99%</td> <td>80-89.99%</td> <td>90-99.99%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	<70%	70-79.99%	80-89.99%	90-99.99%	100%
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน							
<70%	70-79.99%	80-89.99%	90-99.99%	100%							
เอกสารสนับสนุน	1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. ทะเบียน Register หรือแบบฟอร์ม TB08 3. โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)										
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ. 085-315-9081										
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี										
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1.นายภฤศวิสุทธิ์ ชิวสุเกิดมงคล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 081-660-2936 2.นายไตรเทพ ไชแสง (จนท.ประสานงานโปรแกรมและติดตามประเมินผลโครงการยุติปัญหาวัณโรคและเอชไอวี ด้วยชุดบริการ RRTR (STAR3)										



	<p>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242-225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 094-149-1653</p>
--	---

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)
โครงการที่ 4	โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 30)	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ร้อยละ 95)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>HIV (Human immunodeficiency virus) หมายถึงไวรัสในกลุ่ม เรโทรไวรัส (retrovirus) เป็นสาเหตุของโรคภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องซึ่งจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันต้านทานล้มเหลว และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือที่คนไทยพูดติดปากกันว่า “โรคเอดส์” (AIDs acquired immune deficiency syndrome) เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อได้ทาง เลือด อสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอด หรือน้ำนม</p> <p>ผู้ป่วยAIDs (AIDs : Acquired Immune Deficiency Syndrome)หมายถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายของการติดเชื้อ HIVเป็นระยะภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายจนไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคต่างๆได้ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคต่าง ๆ มากมายหรือที่เรียกว่า เชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection)</p> <p>ผู้ติดเชื้อHIV หมายถึง ผู้มีเชื้อ HIV ในร่างกายทั้งที่แสดงอาการและไม่แสดงอาการซึ่งผู้ติดเชื้ออาจจะทราบหรือไม่ทราบว่าตนเองได้รับเชื้อ</p> <p>ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ยินยอมรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและผลตรวจพบเชื้อเอชไอวีในร่างกาย</p> <p>การรักษาด้วยยาต้านไวรัส หมายถึง ผู้ป่วยที่ยินยอมรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและผลตรวจพบเชื้อเอชไอวีในร่างกาย แล้วยินยอมขึ้นทะเบียนเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาด้วยการเริ่มกินยาต้านไวรัส</p>



เกณฑ์เป้าหมาย					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568		
ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อของตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95		
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยินยอมรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและผลตรวจพบเชื้อเอชไอวีในร่างกายได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเริ่มกินยาต้านไวรัสและได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน เป็นการลดโอกาสการเกิดโรคแทรกซ้อน ลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี และลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เกณฑ์การประเมิน มีดังนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยินยอมรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและผลตรวจพบเชื้อเอชไอวีในร่างกายและเริ่มรักษาด้วยการกินยาต้านไวรัส คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขึ้นทะเบียนและกินยาในไตรมาสที่ 1-3 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ.2565 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566) ที่เป็นผู้ป่วยที่เป็นคนไทย รวมทั้งผู้ป่วยในเรือนจำ รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ บันทึกข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผ่านโปรแกรม Nap PLus				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (NAP Web Reports) ข้อมูลผลการดำเนินงานเอดส์ในเวปไซต์ : Hiv Info Hub .ddc.moph.go.th				
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566				
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566					
รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)					
รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)					
ตัวชี้วัดที่ R 30 ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อของตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส					
ผลงานรายปี					
ปี 2566	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	<= ร้อยละ79	ร้อยละ 80-84	ร้อยละ 85-89	ร้อยละ 90-94	>= ร้อยละ95
เอกสารสนับสนุน	1. แนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565 2. โปรแกรม Nap PLus				



	3. โปรแกรมบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (NAP Web reports)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 085-315-9081
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1.นางปิยะพร บุญเกิด (เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน) กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 081-202-7700 2. นายยุทธพล พิมพิภา (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 210 โทรศัพท์มือถือ : 081-264-6676 กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)
โครงการที่ 7	โครงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 31)	ผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ ทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting และบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน ส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้



ขั้นตอนการดำเนินการของโรงพยาบาล ต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้

1. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นสายลักษณะอักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/หรือ มีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่อง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) และบันทึกในระบบ E-claim รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า

2. มีบุคลากรในทีมการดูแลประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ดังนี้

2.1. โรงพยาบาลระดับ A, S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 1 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน

2.2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน

2.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน

2.4. โรงพยาบาลทุกระดับ มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว

3. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรค ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ดังนี้

3.1 กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48

3.2 กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และ (Dementia) ICD-10 รหัส F03

3.3 โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5

3.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44

3.5 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50




	<p>3.6 ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)</p> <p>3.7 ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1</p> <p>3.8 ผู้สูงอายุ (อายุ > 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุ่มโรคตามข้อ 2.1-2.7 และภาวะฟังกิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคอง</p> <p>3.9 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ประคับประคองระยะท้าย</p> <p>4. มีรายการยาที่จำเป็น</p> <p>4.1 มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก อย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40)</p> <p>4.2 พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยา morphine สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย โรงพยาบาลสามารถขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ Opioids ในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของ สปสช.</p> <p>5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนืองที่บ้าน และบันทึก รหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 50)</p> <p>* เมื่อดำเนินการตามข้อ 4-5 หน่วยบริการประจำมีสิทธิได้รับค่าชดเชยการบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด</p> <p>6. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยา morphine และร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนืองที่บ้าน</p> <p>7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกเหตุการณ์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 (ติดตามผลการดำเนินการ จาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย)</p>
--	--



เกณฑ์เป้าหมาย			
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
ร้อยละของหน่วยบริการทุกระดับมีการดูแลในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 65
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาดตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว และได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามแผน มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล ทุกระดับ ทุกแห่ง		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวชี้วัด คือ กำกับ ดูแลการกรอกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลแฟ้มการวินิจฉัยโรค แฟ้มยา และแฟ้มการติดตามเยี่ยมบ้าน ใน 43 แฟ้มให้ครบถ้วน		
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) ร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว (workload)		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 รหัส Z71.8 เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ <u>ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ</u>		
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 <u>ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ</u>		
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		



ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566) รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)	
ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล 5 ประเด็นหลัก
1.5 คะแนน	มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน (ประเมินด้วยการสุ่ม) -มี ทุกราย (1.5 คะแนน) -มี มากกว่าร้อยละ 80 (1 คะแนน) -มี ผลลัพธ์ระหว่างร้อยละ 50 - 80 (0.6 คะแนน) -มี น้อยกว่าร้อยละ 50 (0.3 คะแนน) -ไม่มี (0 คะแนน)
1 คะแนน	มีทีมการดูแลประคับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) -มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์, งาน, หรือ กลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว
1 คะแนน	มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรค
1 คะแนน	มีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40) -มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 (1 คะแนน) -น้อยกว่า ร้อยละ 40 (0 คะแนน)
0.5 คะแนน	โรงพยาบาลสามารถขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ Opioids ในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของ สปสช.ได้
นำคะแนนที่ได้มารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) ทางการแพทย์  คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/palliativecaredrugssystem2561_edited030562.pdf NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016 ที่ https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf



	<p>4. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2558 ที่ https://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/011518-1453-9113.pdf</p> <p>5. A Guide to Children’s Palliative Care (Fourth Edition). International Children’s Palliative Care Network and the Royal College of Paediatrics and Child Health (RPCH), 2018.ที่ https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children’s-Palliative-Care-Fourth-Edition-5.pdf</p> <p>6. Palliative care guideline, self-assessment workbook ศูนย์การุณรักษ์ และกรมการแพทย์</p> <p>7. World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization. Http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf</p> <p>8. World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf</p>
--	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
-	ร้อยละ	-	18.67	57.22

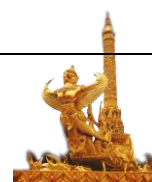
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด เบอร์โทร 081-790-4981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com</p>
------------------------------	---

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
---------------------------------------	--

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244801, 045-242225 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 081-7902731 Email : srisukon156@gmail.com Line : เครือข่ายการแพทย์64</p> 
--------------------------------	--



ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)
โครงการที่ 8	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ไทยและการแพทย์ทางเลือก
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 32)	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base) (เพิ่มขึ้นร้อยละ 3)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติ และมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายจิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่าย และให้บริการ intermediate bed/ward) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย 160 ถึง 169</p> <p>คำนิยามด้านการแพทย์แผนไทย</p> <p>อัมพฤกษ์ (Paresis) อัมพาต (paralysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้อง กับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตกหรือเกิดจากสมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่าเกิดจากลมอโรคมวาตา และลมอุทอังคมวาตา พัดระคนกัน (แพทยศาสตร์สงเคราะห์, 2542: 2546) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U61.0 ถึง U61.19</p> <p>การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. การรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก <ul style="list-style-type: none"> - การนวดเพื่อการรักษา ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ



	<p>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ</p> <p>- การฝังเข็ม</p> <p>3. การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณานำยาในกลุ่มรายการยารักษาอาการกลุ่มอาการกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ยาแก้ลมอัมพฤกษ์, ยาผสมโคคลาน, ยาผสมเถาวัลย์เปรียง และยาสหัชสารา มาใช้เพื่อร่วมรักษาอาการของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (บัญชียาหลักแห่งชาติ, 2558)</p> <p>เงื่อนไขการให้รหัสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>1. แพทย์แผนปัจจุบัน ให้รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง : I60 - เลือดออกในสมองใหญ่ : I61 - เลือดออกในกะโหลกศีรษะแบบอื่นที่ไม่เกิดจากการบาดเจ็บ : I62 - เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด : I63 - โรคอัมพาตเฉียบพลัน ไม่ระบุว่าเกิดจากเลือดออกหรือเนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด : I64 - การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงก่อนถึงสมอง ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด : I65 - การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงของสมอง แต่ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด : I66 - โรคหลอดเลือดสมองอื่น : I67 - โรคหลอดเลือดสมองในโรคที่จำแนกไว้ที่อื่น : I68 - ผลที่ตามมาของโรคหลอดเลือดสมอง : I69 <p>2. แพทย์แผนไทย ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 อย่างไรก็ดีอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับอัมพฤกษ์ อัมพาต ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัมพฤกษ์หรือ ลมอัมพฤกษ์ : U61.0 - อัมพาตครึ่งซีก : U61.10 - อัมพาตครึ่งท่อนล่าง : U61.11 - อัมพาตทั้งตัว : U61.12 - อัมพาตเฉพาแชน : U61.13 - อัมพาตเฉพาขา : U61.14 - อัมพาตหน้า : U61.15 - อัมพาตชนิดอื่น ที่ระบุรายละเอียด : U61.18 - อัมพาต ไม่ระบุรายละเอียด : U61.19
--	--



	<p>ควบคู่กับการให้หัตถการแผนไทย (900-77-00) ถึง (900-78-88) หรือการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับที่มี รหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 ในพื้นที่รับผิดชอบในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ</p> <p>3. แพทย์แผนจีน ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย 160 ถึง 169 อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองและโรคตามมาจากระดับเส้นประสาทแขนง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลมภายใน (Apoplectic wind stroke): U78.110 - อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Prodrome of wind stroke) : U78.111 - โรคตามมาจากระดับเส้นประสาทแขนง (Sequelae of wind stroke): U78.112 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นประสาทแขนง (Collateral stroke): U78.113 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นประสาทหลัก (เส้นจิง) โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการหนักขึ้น (Meridian stroke): U78.114 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะกลาง โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเบาว่าโรคหลอดเลือดสมองที่อวัยวะต้น (Bowel stroke): U78.115 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะต้น (Visceral stroke): U78.116 - อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): U78.117 <p>ควบคู่กับการให้หัตถการการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> 9991801 Electro-acupuncture therapy 9991810 Single-handed needle insertion 9021801 Subcutaneous electro-needling 9991811 Double-handed needle insertion 9031801 Muscle electro-needling
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base) (ร้อยละ)	เพิ่มขึ้นร้อยละ 3	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) เข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base)



ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ทั้งผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม (PERSON/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ADMISSION/ DIAGNOSIS_IPD/ DRUG_IPD/ PROCEDURE_IPD/)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการแพทย์แผนไทยฯ (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ควบคู่กับ U61.0 ถึง O61.19 และให้หัตถการ (900-77-00) ถึง (900-78-88) หรือส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับที่มีรหัส ขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัว มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ควบคู่กับ U78.110 ถึง U78.117 และให้หัตถการแพทย์แผนจีน 9991801 หรือ 9991810 หรือ 9021801 หรือ 9991811 หรือ 9031801 อย่างใดอย่างหนึ่ง ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลจาก HDC สสจ.อุบลราชธานี 2. ข้อมูลจากการนิเทศงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีการประเมิน	ตรวจสอบผลงานในโปรแกรม 43 แฟ้ม โปรแกรม HDC และจากการนิเทศงานผสมผสาน (ลงพื้นที่จริง)
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566



เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566)

รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2566- 31 ส.ค. 2566)

เกณฑ์ค่าคาดหวังรายไตรมาส ปีงบประมาณ 2566

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 2.5	-	ร้อยละ 3

เกณฑ์การประเมินผลงาน Ranking ปีงบประมาณ 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ระหว่างร้อยละ 0.1-0.4	ระหว่างร้อยละ 0.5-0.9	ระหว่างร้อยละ 1.0-1.9	ระหว่างร้อยละ 2.0-2.9	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3

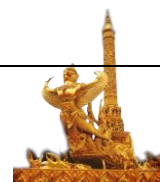
<p>เอกสารสนับสนุน</p>	<ol style="list-style-type: none"> คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical Practice Guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู
<p>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มงาน นางภัลลภา โสทธิสวัสดิ์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทร. 081-877-0338 อีเมลล์ So.panlapa@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</p>	<p>กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
<p>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางสาวรวงคณา สายธนู โทร. 088-584-3370 อีเมลล์ amnormal1234@gmail.com กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>



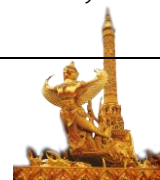
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (service plan)
โครงการที่ 9	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 33)	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>ระดับความสำเร็จการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย หมายถึง อำเภอมิการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหามีเป้าหมายสำคัญ คือ ลดหรือป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย และดูแลเฝ้าระวังในกลุ่มที่มีความเสี่ยงไม่ให้เกิดกลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำ</p> <p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำสำเร็จ</p> <p>การบันทึกรายงาน มีการบันทึกข้อมูลผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต และพยายามทำร้ายตนเอง ในระบบ 43 แฟ้ม (Code รหัส X60-X84) ทุก Case และมีการส่งรายงาน ส่ง สนง.สสจ. ทุก case ดังนี้ 1.) แบบเฝ้าระวัง รง 506 S กรณีเสียชีวิต ส่ง สสจ.ภายใน 10 วัน หลังเกิดเหตุหรือภายหลังให้บริการ 2.) แบบรายงานการสอบสวนโรค กรณี ฆ่าตัวตายหรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence,SDV) หลังจากทีม MCATT ออกสอบสวนโรค</p> <p>การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่ถึงเสียชีวิต และมีลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD -10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)</p> <p>ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 63 - กันยายน 2565 ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่เสียชีวิต แต่ยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลาภายใน 1 ปี</p> <p>ระยะเวลา 1 ปี หมายถึง นับตั้งแต่ ณ เดือนที่มารับบริการ จนถึงเดือนนี้ของปีถัดไป</p>



	<p>ตัวอย่าง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย รหัส X60 เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ภายหลังจากการได้รับการรักษาดูแลจนปลอดภัยกลับสู่ชุมชน จะยังคงได้รับการดูแล ติดตาม / เฝ้าระวัง ไม่เกิดการลงมือทำร้ายตนเองซ้ำใหม่อีกครั้งไม่ว่าจะวิธีการใดๆ จนไปถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นระยะเวลา 1 ปี หากพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ ได้มีการทำร้ายตนเองในวันที่ 1 มกราคม 2565 จะถือว่าเป็นการทำซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี</p> <p>แต่หากว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ มีการทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ภายหลังจากวันที่ 1 ตุลาคม 2565 จะถือว่าเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายรายใหม่ ที่จะได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องและเฝ้าระวังจนถึง วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ต่อไป ไม่นับว่าเป็น การทำซ้ำในระยะเวลา 1 ปี</p> <p>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</p> <p>การบันทึกรายงาน มีการบันทึกข้อมูลผู้พยายามทำร้ายตนเอง ในระบบ 43 แพ้ม (Code รหัส X60-X84) และมีการลงบันทึกข้อมูลการติดตาม/เยี่ยมบ้าน กลุ่มผู้พยายาม ทำร้ายตนเอง (ไม่เสียชีวิต) ในระบบ 43 แพ้ม ทุก Case (รหัส Z093) และมีการส่งรายงานแบบเฝ้าระวัง รง 506 S ส่ง สนง.สสจ. ทุก case ใน 2 กรณี ดังนี้ 1.) กรณีไม่เสียชีวิต 2.) กรณีนัดติดตาม /เยี่ยมบ้าน ส่งภายใน 10 วัน หลังเกิดเหตุหรือภายหลังให้บริการ</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย											
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="102 1344 571 1400">ตัวชี้วัดสำคัญ</td> <td data-bbox="571 1344 900 1400">ปีงบประมาณ 2566</td> <td data-bbox="900 1344 1184 1400">ปีงบประมาณ 2567</td> <td data-bbox="1184 1344 1495 1400">ปีงบประมาณ 2568</td> </tr> <tr> <td data-bbox="102 1400 571 1496">ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย</td> <td data-bbox="571 1400 900 1496">ความสำเร็จระดับ 5</td> <td data-bbox="900 1400 1184 1496">ความสำเร็จระดับ 5</td> <td data-bbox="1184 1400 1495 1496">ความสำเร็จระดับ 5</td> </tr> </table>	ตัวชี้วัดสำคัญ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5			
ตัวชี้วัดสำคัญ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568								
ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5								
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรม การทำร้ายตนเอง จำแนกตาม เพศ กลุ่มอายุ อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา วิธีการ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน 2. เป็นเครื่องชี้วัดที่บ่งบอกถึง ขนาด ระดับความรุนแรงของปัญหาการทำร้ายตนเองของประชาชนในแต่ละพื้นที่ และเป็นข้อมูลที่จะถูกนำมาใช้ในการกำหนดมาตรการและแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องไปกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ตำบลและอำเภอ 3.หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลมาใช้ ติดตาม และเฝ้าระวัง ความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเองในพื้นที่ เพื่อป้องกันไม่ให้มีการทำร้ายตนเองซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ 										



<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>-ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้พยายามทำร้ายตนเอง ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ใน 1 ปี คือ ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 ด้วยวิธีการต่างๆ ตามลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต และยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษา ด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปี โดยนับจากวันที่ลงมือทำร้ายตนเอง (ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566) โดยนับรายงานจำนวนผู้พยายามทำร้ายตนเอง ตามสถานที่หน่วยบริการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ</p> <p>-ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ โดยนับรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตตามพื้นที่ที่เกิดเหตุ</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>รวบรวมข้อมูลสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายอำเภอ จังหวัด รายเขตสุขภาพ จากกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิตและรายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S (กรณีไม่เสียชีวิต และการติดตามเยี่ยม) กรมสุขภาพจิต</p> <p>แบบรายงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้</p> <p>1. ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายในทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดย งานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 กองยุทธศาสตร์และแผนกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>รวบรวมข้อมูลสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายอำเภอ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี, รายงานการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย รง 506 S (กรณีเสียชีวิต,กรณีไม่เสียชีวิต, แบบติดตามเยี่ยมบ้าน) และแบบรายงานการสอบสวนโรค กรณีฆ่าตัวตายหรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence,SDV) กรมสุขภาพจิต</p> <p>แบบรายงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้</p> <p>1.) การบันทึกข้อมูลผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต/ไม่เสียชีวิต และบันทึกการติดตามเยี่ยม ที่มารับบริการในหน่วยบริการ (43 แฟ้ม) และส่งข้อมูลเข้า HDC ทุกเดือน</p> <p>2.) แบบเฝ้าระวัง การพยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต : กรมสุขภาพจิต รง. 506.S</p> <p>3.) แบบรายงานสอบสวนการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต (Psychological Autopsy)</p>



	<p>4.) การบันทึกข้อมูลผู้ทำร้ายตนเอง (เสียชีวิต) ในหน่วยบริการ (43 แฟ้ม) และส่งเข้าระบบ HDC ทุกเดือน</p> <p>5.) รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร ของกระทรวงมหาดไทย</p>
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลสถิติ HDC หน่วยบริการสาธารณสุข / สنج.สสจ.อุบลราชธานี , เอกสาร รง.506S และแบบรายงานสอบสวนโรค (SDV)
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ</p> <p>C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (รายเก่าของปี 2565 + รายใหม่ ปี 2566)</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนประชากรกลางปี มหาดไทย (ณ 31 ธันวาคม 2564)</p> <p>D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการ (รายเก่าของปี 2565 + รายใหม่ ปี 2566)</p>
สูตรคำนวณ	<p>$(A/B) \times 100$ ขยายความคือ $\frac{\text{จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ}}{\text{จำนวนประชากรกลางปี}} \times 100,000$</p> <p>$(C/D) \times 100$ ขยายความคือ $\frac{\text{จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ}}{\text{จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการที่ยังไม่เสียชีวิต}} \times 100$</p>
แหล่งข้อมูล	<p>1. ข้อมูลจากฐานข้อมูล https://suicide.dmh.go.th/</p> <p>2. แบบ รง 506.S</p> <p>3. ชุดข้อมูล 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุข</p> <p>4. ระบบข้อมูลใน HDC</p>
วิธีการประเมิน	ระบบรายงานสุขภาพจิต , จิตเวช, กระทรวงสาธารณสุข
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ประเมิน 2 รอบ /ปี</p> <p>ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566</p> <p>ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566</p>



เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)

รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)

ประเมินผลงานแบบ Milestone

อำเภอมีการดำเนินการป้องกันผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ โดยมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ กำหนดในขั้นตอนที่ 1-5 ดังนี้

1. สถานการณ์และการจัดทำแผน

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

1.2 มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ /กิจกรรม การป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย และการทำร้ายตนเองซ้ำในพื้นที่ (0.5 คะแนน)

2. มีกิจกรรมขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่

2.1 มีการขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายผ่านกลไกคณะกรรมการ พชอ. (0.5 คะแนน)

2.2 มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายผ่านกระบวนการ 3 หมอ (0.5 คะแนน)

3. มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

3.1 มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (0.5 คะแนน)

3.2 มีการติดตามเยี่ยมตามเกณฑ์ครบ 6 ครั้งต่อปี \geq ร้อยละ 80 (0.5 คะแนน)

4. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี \geq ร้อยละ 95 (1 คะแนน)

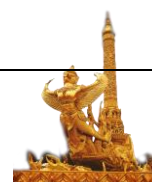
5. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากปีที่ผ่านมา (1 คะแนน)

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

Based line Data

1. อัตราฆ่าตัวตาย

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2562	2563	2564	2565
อัตราการฆ่าตัว ตาย (จาก รง506S)	อัตราต่อประชากร แสนคน	7.20 (135 คน)	6.23 (117 คน)	6.05 (113 คน)	6.21 (116 คน)



2.ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี				
Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2563	256	2565
ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำร้าย ตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ	94.12	92.65	91.35
เอกสารสนับสนุน	1.ข้อมูลจากฐานข้อมูล https://suicide.dmh.go.th/ 2.แบบ รง 506.S 3.ชุดข้อมูล 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุข 4.ระบบข้อมูลใน HDC			
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด เบอร์โทร 081-790-4981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานสุขภาพจิต กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 091-828-0179 โทร 045-262692 ต่อ 301 E-mail : mentalhealthubon@gmail.com กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			



ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)		
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)		
โครงการที่ 10	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก		
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์		
ชื่อตัวชี้วัด (R 34)	ความสำเร็จการพัฒนา Service plan (ความสำเร็จระดับ 5)		
ชื่อตัวชี้วัดย่อย (R 34.1)	ระดับความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ (Pneumonia) (ความสำเร็จระดับ 5)		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน		
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>ผู้ป่วย Pneumonia หมายถึง ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) และโรคร่วม Comorbidity (Sdx) เป็นโรคปอดอักเสบ ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 ที่กำหนด</p> <p>การเสียชีวิตหลังเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดบวม หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยปอดบวมที่มี Principal Diagnosis (Pdx) และผู้ป่วยที่มีโรคร่วม Comorbidity (Sdx) เป็นโรคปอดบวม ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ตัวชี้วัดสำคัญ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
	อัตราการตายจากโรคปอดอักเสบ	≤ ร้อยละ 22	≤ ร้อยละ 20
			-
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อลดอัตราการตายผู้ป่วยปอดอักเสบ 2. เพื่อเพิ่มขีดความสามารถสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานี ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ 3. ลดความแออัด รพศ. รพท./เพิ่มอัตราครองเตียง รพช. 		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รายงานการเสียชีวิตจากผู้ป่วยโรคปอดอักเสบทุกกลุ่มอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเกิน 4 ชั่วโมง ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานการจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานจากคณะกรรมการ Service Plan จังหวัด หรือผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล รายงานจากการลงข้อมูลหรือข้อมูลจาก HDC		
แหล่งข้อมูล	สถานบริการทางสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดอุบลราชธานี		
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนครั้งการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดบวมรหัสโรคตาม ICD-10 ที่กำหนด Pdx or Sdx = J10.0 - J18.9, J 85.0 - J 85.1 จากทุกหอผู้ป่วย		
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนครั้งการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคปอดบวมจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกันบ้าน		
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$		



ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี2566 ประเมินแบบ Milestone รอบที่ 1 (1 ตค. 65 – 31 มีค.66)	
ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน
ขั้นที่ 1	1. สื่อสารนโยบายโรคปอดบวมและจัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายและระบบบริการโรคปอดบวมระดับอำเภอ 2. เครือข่าย อสม. อสค. ให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนทั่วไป 3. มีการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยของประชาชนในพื้นที่ 4. มีฐานข้อมูลประชากรในพื้นที่
ขั้นที่ 2	1. มีการสื่อสารส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยง , ผู้ป่วยประชาชนแก่ผู้ดูแลในแต่ละระดับ 2. มีกระบวนการกำกับติดตามเป้าหมายกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วทันเวลา (Fast track) 3. มีระบบการ Consult ในแต่ละระดับที่ชัดเจน
ขั้นที่ 3	1. มีระบบ Fast track ที่นำไปสู่การปฏิบัติได้ 2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินเพื่อค้นหาโรคปอดบวม 3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกด้านในหน่วยงาน 4. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย
ขั้นที่ 4	1. ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของจังหวัด (CPG, FLOW CHART, แบบประเมินผู้ป่วย) 2. บันทึกรายงานถูกต้องครบถ้วนตามเวลาที่กำหนด
ขั้นที่ 5	1. ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. มีการสรุปผลการดำเนินงาน
รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)	
ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน
ขั้นที่ 1	1. มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดบวมในพื้นที่ รพ. ,รพ.สต. อย่างสม่ำเสมอ (มีแผนการให้ความรู้ในพื้นที่) จากแผนการสอนที่ OPD ,รพ.สต. แหล่งข้อมูลจากสื่อการสอน แผนพับสมุดบันทึกการให้ความรู้ ,Line group
ขั้นที่ 2	1. มีการคัดกรองผู้ป่วยเข้าระบบFAST TRACK ที่ รพ.,รพ.สต. 2. มีการนำ CPG ,FLOW CHART มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
ขั้นที่ 3	1. มีระบบ Fast track มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินเพื่อค้นหาโรคปอดบวม 3. ผู้ป่วยโรคปอดบวมได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาทุกราย (CPG, FLOW CHART) 4. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย,มีการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
ขั้นที่ 4	1. บันทึกรายงานถูกต้องครบถ้วนตามเวลาที่กำหนด
ขั้นที่ 5	1. อัตราตายจากโรคปอดอักเสบ ≤ 15 % 2. มีการสรุปผลการดำเนินงาน



การประเมินแบบ Milestone (รอบที่ 1 และ รอบที่ 2)					
ระดับ ค่าคะแนน	ระดับความสำเร็จ				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1 คะแนน	/				
2 คะแนน	/	/			
3 คะแนน	/	/	/		
4 คะแนน	/	/	/	/	
5 คะแนน	/	/	/	/	/

วิธีการประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> 1.มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดบวมในพื้นที่ รพ. ,รพ.สต. อย่างสม่ำเสมอ (มีแผนการให้ความรู้ในพื้นที่) จากแผนการสอนที่ OPD , รพ.สต. แหล่งข้อมูลจากสื่อการสอน แผนพับสมุดบันทึกการให้ความรู้ , Line group 2.มีการคัดกรองผู้ป่วยเข้าระบบFAST TRACK ที่ รพ.,รพ.สต. 3. มีการนำ CPG ,FLOW CHART มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย 4.มีระบบ Fast track มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย 5.ผู้ป่วยได้รับการประเมินเพื่อค้นหาโรคปอดบวม 6.ผู้ป่วยโรคปอดบวมได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาทุกราย (CPG, FLOW CHART) 7.มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย,มีการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วย 8.บันทึกรายงานถูกต้องครบถ้วนตามเวลาที่กำหนด 9.อัตราการตายจากโรคปอดอักเสบ $\leq 15\%$ 10.มีการสรุปผลการดำเนินงาน 											
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน												
Baseline data	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>พ.ศ.2563</th> <th>พ.ศ.2564</th> <th>พ.ศ. 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราการตายผู้ป่วยโรคปอดบวม</td> <td>ร้อยละ 6.0</td> <td>11.5</td> <td>18.43</td> </tr> </tbody> </table>	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			พ.ศ.2563	พ.ศ.2564	พ.ศ. 2565	อัตราการตายผู้ป่วยโรคปอดบวม	ร้อยละ 6.0	11.5	18.43
หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.											
	พ.ศ.2563	พ.ศ.2564	พ.ศ. 2565									
อัตราการตายผู้ป่วยโรคปอดบวม	ร้อยละ 6.0	11.5	18.43									
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายปรีชา ทองมูล ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 244801 โทรศัพท์มือถือ : 089-722-8810 E-mail : p_thongmoon@yahoo.com											
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี											
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1.นางนาฏนภา ภูบุญคง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ											



	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 244801 โทรศัพท์มือถือ : 093-635-5559 E-mail : nardnapa195@gmail.</p> <p>2.นางเพชรโรจนศักดิ์โสธร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 244801 โทรศัพท์มือถือ : 081-547-3360 E-mail : pettyrojana@yahoo.co.th</p>
ชื่อตัวชี้วัดย่อย (R 34.2)	ระดับความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock</p> <p>1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypo perfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน 4.2 - 4.4</p> <p>1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis <p>3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2566 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป</p> <p>4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้</p> <p>4.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) หรือ มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ</p>



	<p>maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>4.2 qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป(ตารางที่ 3)</p> <p>4.3 SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4)</p> <p>4.4 Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ 5)</p> <p>5.ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล</p> <p>ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราการปฏิบัติการมีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด</p>										
คำเป้าหมาย											
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="129 907 571 952">ชื่อตัวชี้วัด</th> <th data-bbox="571 907 775 952">ปีงบประมาณ 66</th> <th data-bbox="775 907 981 952">ปีงบประมาณ 67</th> <th data-bbox="981 907 1187 952">ปีงบประมาณ 68</th> <th data-bbox="1187 907 1393 952">ปีงบประมาณ 69</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="129 952 571 1052">อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</td> <td data-bbox="571 952 775 1052">< ร้อยละ 24</td> <td data-bbox="775 952 981 1052">< ร้อยละ 22</td> <td data-bbox="981 952 1187 1052">-</td> <td data-bbox="1187 952 1393 1052">-</td> </tr> </tbody> </table>	ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	< ร้อยละ 24	< ร้อยละ 22	-	-	
ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69							
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	< ร้อยละ 24	< ร้อยละ 22	-	-							
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะ การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ										
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะ การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)										
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะ การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับ										



	รวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น
รายการข้อมูล 3	C= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะ การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น
รายการข้อมูล 4	D= จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R 57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A+C) / D \times 100$

Small success ปีงบประมาณ 2566

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

ประเมินแบบ Milestone

รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)

ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน
ขั้นที่ 1	1.สื่อสารนโยบายโรคติดเชื้อในกระแสเลือดและจัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายและระบบบริการโรคติดเชื้อในกระแสเลือดระดับอำเภอ 2.เครือข่าย อสม. อสค. ให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนทั่วไป 3. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ (รพ.สต. ,รพ.)
ขั้นที่ 2	1.มีการสื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลในแต่ละระดับ 2.มีกระบวนการกำกับติดตามเป้าหมายกลุ่มป่วย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วทันเวลา (Fast track) 3. มีระบบการ Consult ในแต่ละระดับที่ชัดเจน
ขั้นที่ 3	1.มีระบบ FAST track ในER ,IPD ,OPD ที่นำสู่การปฏิบัติได้ 2.มีการนำCPG ,FLOW CHART ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 3.มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย(SEPSIS FAST TRACT)
ขั้นที่ 4	1.ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของจังหวัด 2.บันทึกรายงานถูกต้องครบถ้วนตามเวลาที่กำหนด



ขั้นที่ 5	1.ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2.มีการสรุปผลการดำเนินงาน
รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)	
ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน
ขั้นที่ 1	1.สื่อสารนโยบายโรคติดเชื้อในกระแสเลือดและจัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายและระบบบริการโรคติดเชื้อในกระแสเลือดระดับอำเภอ 2. เครือข่าย อสม. อสค. ให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนทั่วไป 3. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ (รพ.สต. ,รพ.)
ขั้นที่ 2	1.มีการสื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลในแต่ละระดับ 2.มีกระบวนการกำกับติดตามเป้าหมายกลุ่มป่วย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วทันเวลา (Fast track) 3. มีระบบการ Consult ในแต่ละระดับที่ชัดเจน
ขั้นที่ 3	1.มีระบบ FAST track ในER ,IPD ,OPD ที่นำสู่การปฏิบัติได้ 2.มีการนำCPG ,FLOW CHART ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 3.มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย(SEPSIS FAST TRACT)4.ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้รับการเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อ(H/C) และการให้ยา Anti-biotic ภายในเวลาที่กำหนด
ขั้นที่ 4	1. บันทึกรายงานถูกต้องครบถ้วนตามเวลาที่กำหนด 2. มี DONOR HOSPITAL รพท.ทุกแห่ง
ขั้นที่ 5	1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired $\leq 15\%$ 2. มีการสรุปผลการดำเนินงาน

การประเมินแบบ Milestone					
ระดับ	ระดับความสำเร็จ				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
ค่าคะแนน					
1 คะแนน	/				
2 คะแนน	/	/			
3 คะแนน	/	/	/		
4 คะแนน	/	/	/	/	
5 คะแนน	/	/	/	/	/
วิธีการประเมินผล	1.สื่อสารนโยบายโรคติดเชื้อในกระแสเลือดและจัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายและระบบบริการโรคติดเชื้อในกระแสเลือดระดับอำเภอ 2.เครือข่าย อสม. อสค. ให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนทั่วไป 3 มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ (รพ.สต. ,รพ.) 4.มีการสื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลในแต่ละระดับ				



	<p>5.มีกระบวนการกำกับติดตามเป้าหมายกลุ่มป่วย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วทันเวลา (Fast track)</p> <p>6. มีระบบการ Consult ในแต่ละระดับที่ชัดเจน</p> <p>7.มีระบบ FAST track ในER ,IPD ,OPD ที่นำสู่การปฏิบัติได้</p> <p>8.มีการนำCPG ,FLOW CHART ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด</p> <p>9.มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย(SEPSIS FAST TRACT)4.ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้รับการเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อ (H /C) และการให้ยา Anti-biotic ภายในเวลาที่กำหนด</p> <p>10.บันทึกรายงานถูกต้องครบถ้วนตามเวลาที่กำหนด</p> <p>11 .มีDONOR HOSPITAL ในรพท.ทุกแห่ง</p> <p>12.อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired $\leq 15\%$</p> <p>13.มีการสรุปผลการดำเนินงาน</p>											
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน												
Baseline data	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>พ.ศ.2563</th> <th>พ.ศ.2564</th> <th>พ.ศ. 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</td> <td>ร้อยละ 26.8</td> <td>30.9</td> <td>31.8</td> </tr> </tbody> </table>	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			พ.ศ.2563	พ.ศ.2564	พ.ศ. 2565	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	ร้อยละ 26.8	30.9	31.8
หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.											
	พ.ศ.2563	พ.ศ.2564	พ.ศ. 2565									
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	ร้อยละ 26.8	30.9	31.8									
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>หัวหน้ากลุ่มงาน</p> <p>นายปรีชา ทองมูล ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 244801</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-722-8810</p> <p>E-mail : p_thongmoon@yahoo.com</p>											
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี											
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด</p> <p>1.นางนาฏนภา ภูบุญคง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 244801</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 093-635-5559</p> <p>E-mail : nardnapa195@gmail.</p> <p>2.นางเพชรโรจน์ ไรจนศักดิ์โสธร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 244801</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-547-3360</p> <p>E-mail : pettyrojana@yahoo.co.th</p>											



ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)
โครงการที่ 12	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ลักษณะ	ประเมินผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 35)	ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี (ร้อยละ 80)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง สตรีสัญชาติไทยมีอายุ 30-60 ปี ที่มีการตรวจสอบสิทธิ์และพบว่า มีอายุ 30 ปีบริบูรณ์ในวันตรวจคัดกรอง และอายุไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ (59 ปี 11 เดือน 29 วัน) ณ วันรับการตรวจคัดกรอง</p> <p>การตรวจปากมดลูก หมายถึง การตรวจทั้งโดยวิธี Pap Smear และ HPV DNA Test</p> <p>HPV DNA Test เป็นเทคนิคทางด้านชีวโมเลกุล เพื่อตรวจหาตัวเชื้อเอชพีวี สายพันธุ์ ก่อมะเร็งบริเวณ ปากมดลูกและผนังช่องคลอด จึงช่วยค้นหาและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ตั้งแต่ในระยะก่อนการเป็นมะเร็ง</p> <p>การนับความคลุมการตรวจมะเร็งปากมดลูก จะนับทุกระยะ 5 ปี ตามเกณฑ์การดำเนินงานสตรีไทยอายุ 30-60 ปี ควรได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุก 5 ปี กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานปีละ ร้อยละ 20 ในรอบนี้เริ่ม นับผลงานสะสม ปีแรกคือ 2563 ในปี 2566 นับเป็นปีที่ 4 ของรอบการดำเนินงาน จึงกำหนดค่าเป้าหมายการดำเนินงานที่ร้อยละ 80</p>

เกณฑ์เป้าหมาย			
ตัวชี้วัดสำคัญ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปีภายใน 5 ปี	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ร้อยละ 20 (ตั้งเป้าหมายใหม่)
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงที่มีอายุ 30 - 60 ปี (59 ปี 11 เดือน 29 วัน)		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีไทยอายุ 30 - 60 ปี (59 ปี 11เดือน 29 วัน) บริบูรณ์ ทุกสิทธิ์ ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรอบ 5 ปี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> จัดเก็บข้อมูลและบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน 43 แฟ้ม จัดเก็บข้อมูลและบันทึกผ่านโปรแกรม HPV Cxs2020 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ 		
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลในโปรแกรม Cxs2020 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ 		



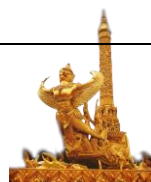
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนสตรีไทย อายุ 30 - 60 ปี (59 ปี 11 เดือน 29 วัน) ที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก รายใหม่สะสม
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสตรีไทย อายุ 30 - 60 ปี (59 ปี 11 เดือน 29 วัน) ที่ต้องได้รับการตรวจคัดกรองปากมดลูก
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566) รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)	
ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
0 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 40.00
1 คะแนน	ร้อยละ 40 – 44.99
2 คะแนน	ร้อยละ 45 - 49.99
3 คะแนน	ร้อยละ 50 - 59.99
4 คะแนน	ร้อยละ 60 - 79.99
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.00

เอกสารสนับสนุน	ฐานข้อมูลประชากรอายุ 30 - 60ปี (59 ปี 11 เดือน 29 วัน) ใน HDC จังหวัดอุบลราชธานี			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2563	2564	2565
ร้อยละสะสมความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี ในรอบ 5 ปี (สะสม)	ร้อยละ	40.13	44.28	49.42
ที่มา : HDC และโปรแกรม Cxs2020 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ณ 25/10/2565				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด เบอร์โทร 081-790-4981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			

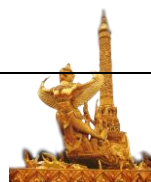


ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1.นางสาวภูริดา พลศักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์หน่วยงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 089-949-5856 E-mail : ncdatlotus@gmail.com 2.นางฐานิตาภักดิ์ ธนิกุลย์รัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 099-164-9962 E-mail : tanitapuk1966@gmail.com
-------------------------	--

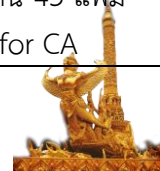
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)		
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)		
โครงการที่ 12	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง		
ลักษณะ	ประเมินผลลัพธ์		
ชื่อตัวชี้วัด (R 36)	ร้อยละการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Fit Test) (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10)		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.5 คะแนน		
คำนิยามตัวชี้วัด	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิง ทุกสิทธิ์ที่มีอายุ 50 -70 ปีบริบูรณ์ ในรอบปี 2566 ได้รับการตรวจคัดกรองหาเลือดแฝงในอุจจาระ(FIT Test)		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ตัวชี้วัดสำคัญ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Fit Test)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30
วัตถุประสงค์	เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะเริ่มต้น		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 50 - 70 ปี ทุกสิทธิ์ ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจคัดกรองหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) มาในระยะ 2 ปี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จัดเก็บข้อมูลและบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน 43 แฟ้ม ผลการตรวจเป็นลบ= 1B0060, ผลการตรวจเป็นบวก= 1B0061 2.สรุปผลการดำเนินงาน ราย เดือน		
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลประชากร แฟ้ม Person Type area 1,3		



รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจ FIT Test			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Fit Test) = $(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566			
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566				
รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)				
รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)				
ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล			
1 คะแนน	ร้อยละ 1 - 3.9			
2 คะแนน	ร้อยละ 4 - 5.9			
3 คะแนน	ร้อยละ 6 - 7.9			
4 คะแนน	ร้อยละ 8 - 9.9			
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10			
เอกสารสนับสนุน	ฐานข้อมูลประชากรอายุ 50 – 70 ปี ใน HDC จังหวัดอุบลราชธานี			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2563	2564	2565
ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองหาเลือดแฝงในอุจจาระ(FIT Test)	ร้อยละ	3.86	0.99	2.21
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด เบอร์โทร 081-790-4981 อีเมลล์ : alisuphan@hotmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1.นางสาวกฤษิตา พลศักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์หน่วยงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 089-949-5856 E-mail : ncdatlotus@gmail.com 2.นางฐานิตาภักดิ์ ธนิกวลย์รัตนิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 099-164-9962 E-mail : tanitapuk1966@gmail.com			


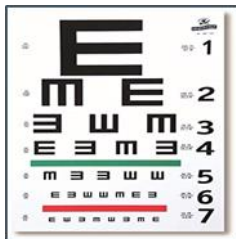


ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)		
แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (service plan)		
โครงการที่ 12	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง		
ลักษณะ	ประเมินผลลัพธ์		
ชื่อตัวชี้วัด (R 37)	ร้อยละการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตราซาวด์ (ร้อยละ 100)		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.5 คะแนน		
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>การคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี เป็นการคัดกรองด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์กลุ่มเสี่ยง เพื่อหาความผิดปกติของตับและท่อน้ำดี กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป (Person type1,3) ที่มีประวัติดังต่อไปนี้ อย่างไม่อย่างหนึ่ง คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีประวัติการตรวจจักษุภาวะพบไขพยาธิใบไม้ตับ (OV+) 2. กลุ่ม Chronic Dyspepsia กลุ่มอาการปวดท้องช่วงบน ท้องอืด จุกเสียด แน่นท้อง จุกลิ้นปี่ รู้สึกอึดอัด ไม่สบายตัว หรือมีอาการแสบร้อนกลางทรวงอก หลังรับประทานอาหาร เป็นเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 3. กลุ่มเสี่ยงที่ผลคัดกรอง ประวัติ PDF3 		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ตัวชี้วัดสำคัญ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
	ร้อยละการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตราซาวด์	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
	ปีงบประมาณ 2568	ร้อยละ 100	
วัตถุประสงค์	<p>การคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี เป็นการคัดกรองด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์กลุ่มเสี่ยง เพื่อหาความผิดปกติของตับและท่อน้ำดี กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป (person 1,3) ที่มีประวัติดังต่อไปนี้ อย่างไม่อย่างหนึ่ง คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีประวัติการตรวจจักษุภาวะพบไขพยาธิใบไม้ตับ (OV+) 2. กลุ่ม Chronic Dyspepsia กลุ่มอาการปวดท้องช่วงบน ท้องอืด จุกเสียด แน่นท้อง จุกลิ้นปี่ รู้สึกอึดอัด ไม่สบายตัว หรือมีอาการแสบร้อนกลางทรวงอก หลังรับประทานอาหาร เป็นเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไปที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีประวัติการตรวจจักษุภาวะพบไขพยาธิใบไม้ตับ (OV+) - กลุ่ม Chronic Dyspepsia กลุ่มอาการปวดท้องช่วงบน ท้องอืด จุกเสียด แน่นท้อง จุกลิ้นปี่ รู้สึกอึดอัด ไม่สบายตัว หรือมีอาการแสบร้อนกลางทรวงอก หลังรับประทานอาหาร เป็นเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป - กลุ่มเสี่ยง ที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ในปีที่ผ่านมา ผลการตรวจ PPF3, Liver mass และ Dilated Duct - ไม่เป็นผู้ป่วยกลุ่มพิษสุราเรื้อรัง หรือ ตับแข็ง 		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>จัดเก็บข้อมูลและบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน 43 แฟ้ม</p> <p>1.1 รหัสการวินิจฉัย Z128 : Specific screening for CA</p>		



	<p>1.2 อัลตราซาวด์ รหัสหัตถการการตรวจบันทึกใน 43 แพ้ม โรงพยาบาล = 8876 หรือบันทึกใน 43 แพ้มในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัตถการ=9270700 กรณีผลการตรวจอัลตราซาวด์ พบสิ่งผิดปกติ ให้บันทึก ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -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 <p>2. หากพบความผิดปกติ ได้แก่ Liver mass หรือ Dilate Duct ให้ส่งต่อ รพ. แม่ข่าย เพื่อรับการวินิจฉัยและรักษา</p> <p>3. สรุปผลการดำเนินงาน ราย เดือน</p>												
แหล่งข้อมูล	<p>1. ข้อมูลประชากร แพ้ม Person Type area 1,3</p> <p>2. จากแบบสรุปผลการดำเนินงานรายอำเภอ</p>												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ (คน)												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด (คน)												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ประเมิน 2 รอบ /ปี</p> <p>ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566</p> <p>ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566</p>												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน													
Based line data	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ปีงบประมาณ (พ.ศ.)</th> </tr> <tr> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์</td> <td>ร้อยละ</td> <td>103.06</td> <td>118.77</td> <td>103.55</td> </tr> </tbody> </table>	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			2563	2564	2565	ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์	ร้อยละ	103.06	118.77	103.55
หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)												
	2563	2564	2565										
ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์	ร้อยละ	103.06	118.77	103.55									



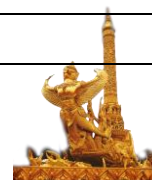
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)
โครงการที่ 14	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 38)	ผลสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/400</p> <p>การผ่าตัดภายใน 30 วัน การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอด จากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)</p> <p>การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract)</p> <p>หมายถึง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน อย่างมีคุณภาพ ภายใน 7 กระบวนการ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รพ.สต. ตรวจสอบฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ที่ยังมีชีวิตในพื้นที่รับผิดชอบ และนำเข้าสู่ข้อมูลผู้สูงอายุทั้งหมด ในโปรแกรม Vision2020 Thailand ของปีงบประมาณ 2566 2. ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคน ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้น โดย อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้เกณฑ์การประเมินคัดกรองภาวะทางตา ตามคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อค้นหาปัญหามองเห็น โดยแผ่นทดสอบสายตาสนลเลน มี 2 แบบ คือแบบตัวเลข และแบบตัวอักษรอี (E-Chart) หรือ สัญลักษณ์ 3 นิ้ว สำหรับผู้ไม่รู้หนังสือ <p>เกณฑ์ประเมิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <ol style="list-style-type: none"> 3. ผู้สูงอายุที่ตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้น อ่านตัวเลข แผ่นตัวอักษรอี หรือนับนิ้ว ในระยะ 3 เมตร ได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 5 ครั้ง ทุกคน ต้องได้รับการส่งต่อไปที่ รพ.สต. พบเจ้าหน้าที่ เพื่อวัด VA ด้วยแผ่นป้ายสนลเลน (Snellen Chart)+Pinhole



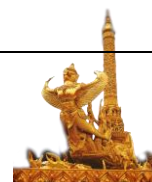
	<p>4. ผู้สูงอายุที่ได้รับการวัด VA ด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen Chart)+Pinhole โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และพบ VA แย่กว่า 20/400 ทุกคนต้องได้รับการส่งต่อพบเจ้าหน้าที่ ทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) ที่โรงพยาบาลชุมชน</p> <p>5. ผู้สูงอายุที่ตรวจพบ VA แย่กว่า 20/400 ทุกคน ได้รับการส่งต่อพบทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) ไปโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยผ่าตัดต่อกระจก ของจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี, โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ, โรงพยาบาลวารินชำราบ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และโรงพยาบาลตระการพิรุณ เพื่อวินิจฉัยและตรวจ/รักษา ตามข้อบ่งชี้</p> <p>6. ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ทุกคนต้องได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาล เพื่อขึ้นทะเบียนนัด(รอ)ผ่าตัดภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับการวินิจฉัยโดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา) ว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี, โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ, โรงพยาบาลวารินชำราบ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และโรงพยาบาลตระการพิรุณ</p> <p>ผู้สูงอายุทุกรายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองสายตาเบื้องต้นโดยทีมสหวิชาชีพ ให้บันทึกผลการคัดกรอง ลงในโปรแกรม Vision2020 Thailand ตามขั้นตอนจนกระทั่ง ส่งเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด ผู้ที่จะบันทึกประวัติการผ่าตัด คือ ทีมจักษุแพทย์ ที่ทำการผ่าตัด</p> <p>(ข้อมูลจากโปรแกรม Vision2020 Thailand)</p>
--	--


เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัดสำคัญ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract)	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัด และการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลาารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกจากโปรแกรม Vision2020 Thailand โดยบันทึกข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด		
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision2020 Thailand		
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผ่านระบบ Vision 2020 Thailand		



ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566
<p style="text-align: center;">เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566</p> <p style="text-align: center;">รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566) รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)</p> <p style="text-align: center;">เกณฑ์การประเมิน ประเมินเป็นค่าคะแนนของการดำเนินงาน 5 ข้อดังนี้</p> <div style="background-color: #e0f0e0; padding: 10px;"> <ol style="list-style-type: none"> 1. การนำเข้าสู่ข้อมูลในโปรแกรม Vision 2020Thailand ภายในเดือน ธันวาคม 2565 <ol style="list-style-type: none"> 1.1 นำเข้าสู่ข้อมูล น้อยกว่า 70 ของเป้าหมาย (0.5 คะแนน) 1.2 นำเข้าสู่ข้อมูล มากกว่า 70 ของเป้าหมาย (1 คะแนน) 2. การตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้น “มีการคัดกรองสายตาเบื้องต้น โดย อสม.หรือ จนท.สาธารณสุข” <ol style="list-style-type: none"> 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 <ol style="list-style-type: none"> 3.1 มีการส่งต่อ <30 % (0.3 คะแนน) 3.2 มีการส่งต่อ 30- 60 % (0.6 คะแนน) 3.3 มีการส่งต่อมากกว่า 60 % (1 คะแนน) 4. ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อนัดผ่าตัด ภายใน 30 วัน <ol style="list-style-type: none"> 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 <ol style="list-style-type: none"> 5.1 น้อยกว่า 40 % (0.3 คะแนน) 5.2 ระหว่าง 40- 84.99 % (0.6 คะแนน) 5.3 >= 85 (1 คะแนน) </div>	
<p>ประเมินตามเกณฑ์ดังนี้</p> <p style="text-align: center;">นำคะแนนที่ได้จากการประเมินมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)</p>	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด เบอร์โทร 081-790-4981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1. นางดวงพร มุกตากุล ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244801, 045-242225 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 094-4024130 Email : pukpuy7294@gmail.com



	<p>2. นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244801, 045-242225 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 081-7902731 Email : srisukon156@gmail.com Line : เครือข่ายการแพทย์64 E-mail : mentalhealthhubon@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>	
--	--	---

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)
โครงการที่ 16	โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 39)	ผลสำเร็จของการดำเนินงานบำบัดและติดตามเยี่ยมผู้ติดยาเสพติด (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>ระดับความสำเร็จการบำบัดรักษาและติดตามเยี่ยมผู้ติดยาเสพติด หมายถึง มีการดำเนินงาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีศูนย์คัดกรองผู้ติดยาเสพติดครอบคลุมทุกตำบล สามารถให้การคัดกรองและนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามระดับความรุนแรง 2. ผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ในระบบสมัครใจได้รับการบำบัดรักษาตามความเหมาะสม และผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตได้รับการส่งต่อตามระบบ 3. มีผลการดำเนินงานบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) และมีหมู่บ้าน CBTx อย่างน้อย อำเภอละ 2 หมู่บ้าน 4. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ 60 <p>- ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู อย่างรอบด้าน ทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย 1 ปี</p>



	<p>- ศูนย์คัดกรองผู้ติดยาเสพติด หมายถึง ศูนย์คัดกรองที่สามารถจำแนกคัดกรองผู้ติดยาเสพติดได้ตามระดับความรุนแรง โดยจำแนกเป็นผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด และมีการส่งตัวเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามระดับความรุนแรง</p> <p>สถานบริการทุกระดับมีแผนบูรณาการในการค้นหาคัดกรองผู้เสพยาเสพติดเชิงรุกในสถานศึกษา ในชุมชน และในสถานประกอบการ และสามารถให้คำปรึกษา/ให้การบำบัดรักษา ผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด แบบสมัครใจได้ตามเป้าหมาย มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ตามระบบการส่งต่อและดูแลรักษาตามระบบ</p> <p>อำเภอมีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานบำบัดรักษา ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) และจัดตั้งหมู่บ้าน CBTx. อย่างน้อยอำเภอละ 2 หมู่บ้าน มีการลงรายงานผลการบำบัดผู้ป่วย CBTx. ในระบบรายงาน บสต.</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย									
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="105 770 596 819">ตัวชี้วัดสำคัญ</th> <th data-bbox="596 770 900 819">ปีงบประมาณ 2566</th> <th data-bbox="900 770 1187 819">ปีงบประมาณ 2567</th> <th data-bbox="1187 770 1490 819">ปีงบประมาณ 2568</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="105 819 596 920">ร้อยละการบำบัดและติดตามเยี่ยมผู้ติดยาเสพติด (ร้อยละ)</td> <td data-bbox="596 819 900 920">ร้อยละ 60</td> <td data-bbox="900 819 1187 920">ร้อยละ 63</td> <td data-bbox="1187 819 1490 920">ร้อยละ 65</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัดสำคัญ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ร้อยละการบำบัดและติดตามเยี่ยมผู้ติดยาเสพติด (ร้อยละ)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 63	ร้อยละ 65	
ตัวชี้วัดสำคัญ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568						
ร้อยละการบำบัดและติดตามเยี่ยมผู้ติดยาเสพติด (ร้อยละ)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 63	ร้อยละ 65						
วัตถุประสงค์	<p>ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแล ช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคม ได้อย่างปกติสุข</p>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ศูนย์คัดกรอง ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 2. ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดในประเทศไทย (บสต.) 								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงาน ผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูล การบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) 2. ระบบรายงานยาเสพติด จังหวัดอุบลราชธานี 								
แหล่งข้อมูล (Retention rate)	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 1 (Retention rate)	<p>ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู</p>								
รายการข้อมูล 2 (Retention rate)	<p>ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone</p>								
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100								



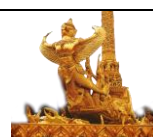
วิธีการประเมิน	ประเมินตามลำดับความสำเร็จ 1-5
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566) รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)	
ระดับความสำเร็จ	เกณฑ์การประเมินผลและคะแนน
ระดับที่ 1	การคัดกรอง 1.มีศูนย์คัดกรอง ครอบคลุมทุกตำบล <i>(0.5 คะแนน)</i> 2.การคัดกรองผู้ติดยาเสพติด มีทะเบียนการคัดกรอง และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามระดับความรุนแรง <i>(0.5 คะแนน)</i>
ระดับที่ 2	การบำบัดรักษาในสถานบริการ 2.1 มีระบบการส่งต่อข้อมูล ระหว่างศูนย์คัดกรองกับสถานพยาบาลยาเสพติด <i>(0.5 คะแนน)</i> 2.2. ผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ในระบบสมัครใจได้รับการบำบัดรักษาตามระดับความรุนแรง/ผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตได้รับการส่งต่อและดูแลรักษาตามระบบ <i>(0.5 คะแนน)</i>
ระดับที่ 3	การดำเนินการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) 3.1 บูรณาการความร่วมมือร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานบำบัดรักษายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) และมีหมู่บ้าน CBTx อย่างน้อย อำเภอละ 2 หมู่บ้าน <i>(0.5 คะแนน)</i> 3.2 มีรายงานการบำบัดรักษายาเสพติด CBTx ในระบบรายงานบสต. <i>(0.5 คะแนน)</i>
ระดับที่ 4	ระบบรายงาน บสต. มีการบันทึกข้อมูลรายงานการคัดกรอง/บำบัดรักษา/ ติดตามเยี่ยมผู้ผ่านการบำบัด ในระบบ บสต. ถูกต้อง ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน (ภายใน 2 สัปดาห์) <i>(1 คะแนน)</i>
ระดับที่ 5	การติดตามเยี่ยมผู้ผ่านการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) \geq ร้อยละ 60.00 <i>(1 คะแนน)</i>



การประเมินแบบ Milestone					
ระดับ ค่าคะแนน	ระดับความสำเร็จ				
	ระดับ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5
1 คะแนน	/				
2 คะแนน	/	/			
3 คะแนน	/	/	/		
4 คะแนน	/	/	/	/	
5 คะแนน	/	/	/	/	/

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด เบอร์โทร 081-790-4981 อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1.นางรัชนิพร เชื้อสระคู ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ : 065-749-2656 2. นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ : 092-718-5455 2.นายประมวล มาลา ตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ : 087-337-7311

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)
โครงการที่ 16	โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 40)	ผลสำเร็จของการดำเนินงาน To Be Number One ในระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	โครงการ TO BE NUMBER ONE คือโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ใน ทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ทรงเป็นองค์ประธานอำนวยการโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหา



ยาเสพติด ซึ่งมีคำขวัญโครงการ คือ “เป็นหนึ่งในโดยไม่พึ่งยาเสพติด” ภายใต้การดำเนินงาน 3 ยุทธศาสตร์หลัก ดังนี้

1. การรณรงค์ปลุกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการ ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

2. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชนในชุมชน

3. การพัฒนาทักษะชีวิตและเครือข่ายการป้องกันและช่วยเหลือ

ประเภทของการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE

แยกเป็น 7 ประเภทดังนี้

1. ประเภทจังหวัด TO BE NUMBER ONE

2. ประเภทอำเภอ TO BE NUMBER ONE

3. ประเภท TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา

4. ประเภท TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา

5. ประเภท TO BE NUMBER ONE ในชุมชน

6. ประเภท TO BE NUMBER ONE ในสถานประกอบการ (ที่มีแรงงานตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป)

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

ชมรม TO BE NUMBER ONE ในแต่ละชมรม จะต้องขับเคลื่อน ผ่าน 3 ก (กรรมการ /กองทุน /กิจกรรม) และ 3 ย (3 ยุทธศาสตร์หลัก)

อำเภอ TO BE NUMBER ONE หมายถึง อำเภอที่มีการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ และมีการประชุมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE

2. มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ รณรงค์สร้างกระแสเพื่อปลุกจิตสำนึกให้เยาวชนห่างไกลยาเสพติด, กิจกรรมพัฒนาศักยภาพเยาวชนเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และสร้างภูมิคุ้มกันให้เยาวชนไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด

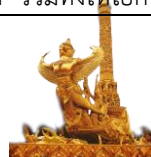
3. มีการขับเคลื่อนและส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา, ในชุมชน และในสถานประกอบการ

ชมรม TO BE NUMBER ONE หมายถึง ชมรมที่มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบ ดังนี้

1. **กรรมการ :** โดยสมาชิก TO BE NUMBER ONE คัดเลือกกรรมการเพื่อบริหารจัดการชมรม มีบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างน้อย 5 คน ประกอบด้วย ประธาน รองประธาน เลขานุการ กรรมการ และเหรัญญิกซึ่งกรรมการชมรม แบ่งเป็น 5 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายจัดหาทุน, ฝ่ายกิจกรรม, ฝ่ายประชาสัมพันธ์, ฝ่ายรับเรื่องราวร้องทุกข์, ฝ่ายสอดส่องดูแลและประเมินผล

2. **กองทุน :** กรรมการและสมาชิกร่วมดำเนินการจัดตั้งกองทุนเพื่อนำเงินรายได้หมุนเวียนใช้จ่ายในชมรม ซึ่งเป็นแนวทางสู่ความยั่งยืนของชมรม รวมถึงทรัพย์สินของชมรม เช่น อาคารที่ตั้งชมรม, วัสดุ/อุปกรณ์ ในชมรม เป็นต้น

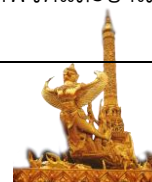
3. **กิจกรรม :** สนับสนุนให้สมาชิกใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์เกิดความภาคภูมิใจและมองเห็นคุณค่าของตน อันเป็นหนทางห่างไกลยาเสพติด รวมทั้งให้โอกาส และสนับสนุน



	<p>การคืนคนดีสู่สังคม ของสมาชิก “ ไครติดยายกมือขึ้น ” เช่น การฝึกอาชีพ และ จัดหาอาชีพให้ เป็นต้น</p> <p>มีการจัดกิจกรรมตามยุทธศาสตร์ ทั้ง 3 ยุทธศาสตร์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> -การรับสมัครสมาชิกชมรม โดยต้องมีการจัดทำทะเบียนข้อมูลสมาชิกชมรม -ประชาสัมพันธ์ ผ่านสื่อต่างๆ เช่น Facebook /เสียงตามสาย /หอกระจายข่าว/กลุ่มไลน์ -จัดกิจกรรมดนตรี, กีฬา, การประกวดกิจกรรมสร้างสรรค์ ต่างๆ -การตรวจหาสารเสพติด : นร. /นศ. / ทหาร/ พระ /สามเณร เข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญต่างๆ ร่วมกับภาครัฐ - กิจกรรมอื่นๆ 2. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชนและประชาชน เช่น <ul style="list-style-type: none"> - จัดตั้งศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE - จัดการอบรมให้ความรู้เรื่องยาเสพติด ฯลฯ - โครงการไครติดยายกมือขึ้น 3. การสร้างและพัฒนาเครือข่าย เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนวิทยากร (อบรมให้ความรู้ที่เกี่ยวข้อง) - เป็นพี่เลี้ยง/ ที่ปรึกษาในการจัดตั้ง ชมรม TO BE NUMBER ONE แก่ ชมรม อื่นๆ <p>ชมรม TO BE NUMBER ONE ต้นแบบ หมายถึง ชมรมที่ดำเนินการตามองค์ประกอบ 3 ก 3 ย และมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ชัดเจน เป็นรูปธรรม สามารถเป็นแหล่งศึกษาดูงานของชมรมอื่นได้</p> <p>แบบประเมินตนเองของชมรม TO BE NUMBER ONE ระดับดีเด่น หมายถึง ประเมินตนเองตามเกณฑ์การประกวดชมรม TO BE NUMBER ONE ดีเด่น (สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE กรมสุขภาพจิต)</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย		
<p>ปีงบประมาณ 2566</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์ที่กำหนด - มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาต้นแบบระดับดีเด่น อำเภอละ 1 ชมรม -มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชนต้นแบบระดับดีเด่นอำเภอละ 1 ชมรม -มีนวัตกรรมอำเภอละ 1 เรื่อง 	<p>ปีงบประมาณ 2567</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์ที่กำหนด - มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาต้นแบบระดับดีเด่น อำเภอละ 2 ชมรม -มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชนต้นแบบระดับดีเด่นอำเภอละ 3 ชมรม -มีนวัตกรรมอำเภอละ 2 เรื่อง 	<p>ปีงบประมาณ 2568</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์ที่กำหนด - มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาต้นแบบระดับดีเด่น อำเภอละ 2 ชมรม -มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชนต้นแบบระดับดีเด่น ตำบลละ 1 ชมรม -มีนวัตกรรมอำเภอละ 2 เรื่อง -มีการพัฒนาองค์ความรู้อำเภอละ 1 เรื่อง
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงาน อำเภอ TO BE NUMBER ONE อย่างต่อเนื่อง 2. เพื่อพัฒนาศักยภาพชมรม TO BE NUMBER ONE ภายใต้ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในทุลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี 3. มีการสร้างและขยายเครือข่าย 4. เกิดนวัตกรรมของชมรม TO BE NUMBER ONE 	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวน 25 อำเภอ	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE จังหวัดอุบลราชธานี	

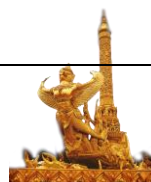


	ประเมินตนเองตามเกณฑ์การประกวดชมรม TO BE NUMBER ONE ดีเด่น (สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE กรมสุขภาพจิต)
แหล่งข้อมูล	1.แบบรายงานผลการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE จังหวัดอุบลราชธานี 2.การประเมินผลการดำเนินงาน
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566) รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566) ประเมินผลการพัฒนา TO BE NUMBER ONE โดยแยกรายกิจกรรมที่สำคัญ ดังนี้ -มีการพัฒนาอำเภอ TO BE NUMBER ONE -มีการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา -มีการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ในชุมชน	
เกณฑ์การประเมิน	
1. การดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE	3 คะแนน
1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนอำเภอ TO BE NUMBER ONE / มีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนอำเภอ TO BE NUMBER ONE อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี <u>(0.5 คะแนน)</u> 1.2 มีแผนงาน/โครงการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE/การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ <u>(0.5 คะแนน)</u> 1.3 มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาอำเภอละ 1 ชมรม <u>(0.5 คะแนน)</u> 1.4 มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน อำเภอละ 1 ชมรม <u>(0.5 คะแนน)</u> 1.5 มีนวัตกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการนำประโยชน์มาใช้ในการดำเนินงานในชมรม มีผลลัพธ์ที่สามารถช่วยพัฒนาสมาชิก TO BE NUMBER ONE หรือผลลัพธ์ด้านอื่นๆที่เป็นประโยชน์แก่ชมรมหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อำเภอละ 1 เรื่อง <u>(1 คะแนน)</u>	
2. การดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา	1 คะแนน
2.1 มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาด้านแบบระดับดีเด่น สามารถเป็นแหล่งศึกษาดูงานได้ อำเภอละ 1 ชมรม <u>(0.5 คะแนน)</u> 2.2 ชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาด้านแบบ มีการสร้างและพัฒนาเครือข่าย <u>(0.5 คะแนน)</u>	
3. การดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ในชุมชน	1 คะแนน
3.1 มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชนด้านแบบระดับดีเด่น สามารถเป็นแหล่งศึกษาดูงานได้ อำเภอละ 1 ชมรม <u>(0.5 คะแนน)</u> 3.2 ชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชนด้านแบบ มีการสร้างและพัฒนาเครือข่าย <u>(0.5 คะแนน)</u>	
รวมทั้งหมด	5 คะแนน
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการดำเนินงานโครงการรณรงค์ป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ. 2560
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวอลิษา สุพรรณ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด เบอร์โทร 081-790-4981



	อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1.นางรัชนีพร เชื้อสระคู ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 065-749-2656 2.นางนันทิพร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 089-581-5789

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)
โครงการที่ 16	โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 41)	ผลสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายความว่า ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืชนิโคนาทาแบกุ่ม (Nicotianatabacum) และให้ความรวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งบริโภคโดยวิธีสูบ ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใด เพื่อให้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยาตามกฎหมายว่าด้วยยา</p> <p>เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายความว่า สุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น</p>
<p>เป้าหมายการดำเนินงานปี 2566</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีแผนงานการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอำเภอ 2) มีการดำเนินงานรณรงค์/ประชาสัมพันธ์ ออกตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง/ปี 3) มีการดำเนินงานชุมชนและสถานศึกษาต้นแบบเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ อำเภอละ 2 แห่ง (ชุมชน 1/ สถานศึกษา 1) 4) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองผลิตภัณฑ์ยาสูบ มากกว่าร้อยละ 62.5 	



5) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ มากกว่าร้อยละ 62.5	
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1) เพื่อขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ระดับอำเภอ 2) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่และเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ สร้างความตระหนักเรื่องพิษภัยและรู้เท่าทันกลยุทธ์ทางการตลาด และป้องกันนักสูบนักตี้มหน้าใหม่ 3) เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่และสุรา/ ลดแรงสนับสนุนการตี้ม เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ โดยการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย 4) เพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ และช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ ผู้ตี้มเล็กสูบบุหรี่ และเล็กตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ 5) เพื่อพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ และยาสูบ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> -เจ้าหน้าที่สาธารณสุข -ภาคีเครือข่ายควบคุมบุหรี่และเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ -ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานผ่านระบบ 43 แฟ้ม ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ 2. รายงานผลการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ระดับอำเภอ
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานผลการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ประเมิน 2 รอบ /ปี</p> <p>ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566</p> <p>ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566</p>



เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)

รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)

เกณฑ์การประเมิน	ค่าคะแนน
1.มีแผนงานการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอำเภอ (0.5 คะแนน)	0.5 คะแนน
2.1 มีกิจกรรมการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ในวันงดสูบบุหรี่โลก หรือ วันต่อต้านยาเสพติด (0.5 คะแนน) 2.2 มีการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ ออกตรวจเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ไม่น้อยกว่า 7 ครั้ง/ปี (1 คะแนน)	1.5 คะแนน
3.1 มีชุมชนต้นแบบเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง (1 คะแนน) 3.2 มีสถานศึกษาต้นแบบเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง (1 คะแนน)	2 คะแนน
4.ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ มากกว่าร้อยละ 62.5 (0.5 คะแนน)	0.5 คะแนน
5.ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่าร้อยละ 62.5 (0.5 คะแนน)	0.5 คะแนน
รวมทั้งรวม	5 คะแนน

เอกสารสนับสนุน :	<p>คู่มือการบันทึกข้อมูลการบำบัดผู้เสพติดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ 43 แห่ง (Special pp) โครงการสร้างวิทยากรหนุนเสริมโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชันย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับภาคีเครือข่าย</p> <p>คู่มือ การบริหารจัดการข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบในระบบ 43 แห่ง (Special PP) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560</p> <p>พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551</p>
-------------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2562	2563	2564	2565
ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ	ร้อยละ	47.65	60.05	59.48	54.65
ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ร้อยละ	38.75	57.39	57.95	53.90

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>หัวหน้ากลุ่มงาน</p> <p>นางสาวอลิษา สุพรรณ</p> <p>ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด</p> <p>เบอร์โทร 081-790-4981</p> <p>อีเมลล์ alisuphan@hotmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>



ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นายสุทธิพงษ์ บุญบรรจง (นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ) โทรศัพท์ : 0 4526 2692 ต่อ 301 โทรศัพท์มือถือ : 088-340-4896
-------------------------	--

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)
โครงการที่ 16	โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 42)	ระดับความสำเร็จของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหาร ฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติ และมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายจิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)</p> <p>*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 ตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F</p> <p>Intermediate ward คือ การให้บริการ Intensive IPD rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก 1</p>



	<p>Intermediate bed คือ การให้บริการ Less Intensive IPD rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)</p> <p>การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรม ที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพรวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ</p> <p><u>หมายเหตุ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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	การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60 - I64
TBI	Traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภายนอก ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069
SCI	Spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภายนอก (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 – S14.1, S24.0 – S24.1, S34.0 – S34.1, S34.3
-	Fracture Hip (Fragility fracture)	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภายนอกชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S72.0 - S72.2
	Multiple Impairments	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์	ตามค่านิยมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	ตามค่านิยมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	ตามค่านิยมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M2	โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป
F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	รพช. ขนาด 60-120 เตียง
F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด 30-90 เตียง
F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด 10 เตียง

เป้าหมายการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
> ร้อยละ 80	> ร้อยละ 80	> ร้อยละ 80	> ร้อยละ 80



วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพิ่มคุณภาพชีวิตป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช. 		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) 		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์		
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2 และ F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย		
รายการข้อมูล 1	A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 <u>ที่ได้รับการปรับสภาพพื้นฐานพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20</u> ตามเกณฑ์การปรับสภาพพื้นฐานพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F		
รายการข้อมูล 2	B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย <u>ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20</u> หมายเหตุ: การดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และเยี่ยมบ้าน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566		
เกณฑ์การประเมิน 2566			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ ร้อยละ 80	-	≥ ร้อยละ 80



เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)

รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
ขั้นตอนที่ 1	1.มีระบบในการคัดกรองผู้ป่วย Stroke,TBI,SCI และ Fracture Hip (Fragility fracture) 2.โรงพยาบาลมีทะเบียนผู้ป่วยคัดกรอง/รับส่งต่อเพื่อเข้ารับการบริหารฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยใน 3.โรงพยาบาลมีระบบบริหารฟื้นฟูสภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกหรือแบบในชุมชน
ขั้นตอนที่ 2	1.โรงพยาบาลมีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริหารฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยในหรือแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบในชุมชน 2.มีเครือข่าย อสม. ,อศค. ให้การดูแล 3.มีเตียง/หอผู้ป่วยในการให้บริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่ได้มาตรฐาน
ขั้นตอนที่ 3	ผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมายได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20 ต่ำกว่าร้อยละ 60
ขั้นตอนที่ 4	ผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมายได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20 ร้อยละ 70
ขั้นตอนที่ 5	ผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมายได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20 ตามเกณฑ์เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

ประเมินแบบ Milestone

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

วิธีการประเมิน:

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานการจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานจากคณะกรรมการ Service Plan จังหวัดหรือผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล รายงานจากการลงข้อมูล หรือข้อมูลจาก HDC

ลำดับที่	รายละเอียดการดำเนินการ	วิธีการประเมิน	หน่วยงานรับผิดชอบ
1.	มีระบบในการคัดกรองผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture)	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
2.	โรงพยาบาลมีทะเบียนผู้ป่วยคัดกรอง/รับส่งต่อเพื่อเข้ารับการบริหารฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยใน	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ



3.	โรงพยาบาลมีระบบบริหารจัดการฟื้นฟูสภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบแบบผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอก หรือแบบในชุมชน	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
4.	โรงพยาบาลมีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริหารฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยในหรือแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบในชุมชน	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
5.	มีเตียง/หอผู้ป่วยในการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่ได้มาตรฐาน	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
6.	ผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมายได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
7.	จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชนอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
8.	มีการจัดตั้งและดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูฯจังหวัด	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2.จังหวัดออกประเมินทุกอำเภอ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. งานวิจัยการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2552 2. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) พ.ศ.2559 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3) สถาบันประสาทวิทยา 3. งานวิจัยการประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (IMC)2562 4. งานวิจัยต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลัน ด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก พ.ศ.2562 5. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Guideline for Intermediate care service plan) พ.ศ. 2562
-----------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2563	2564	2565	
ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	ร้อยละ	68.68	75.67	85.81	



ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายปรีชา ทองมูล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 311 โทรศัพท์มือถือ : 089-722-8810 E-mail : p_thongmon@yahoo.com โทรสาร : 045-241918
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางปัทสพร พันธุ์จุม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ: 061-426-5353 E-mail : paphatporn25071964@gmail.com โทรสาร : 045 241918

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)
โครงการที่ -	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทันตสาธารณสุข
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 43)	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพ 5 กลุ่ม ดังนี้ หญิงตั้งครรภ์, วัยเด็ก, วัยทำงาน, วัยผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุ 0-2 ปี <ul style="list-style-type: none"> - หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ขัดฟัน และขูดหินปูน (≥ร้อยละ 80) - เด็กอายุ 0-2 ปี ได้รับการตรวจฟัน และผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ (≥ร้อยละ 80) 2. กลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี <ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการตรวจฟัน และบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน เช่น การทาฟลูออไรด์เฉพาะที่, การฝึกทักษะแปรงฟัน (≥ร้อยละ 80)



	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และมีต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้านทันตสุขภาพ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง 3. กลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี - เด็กอายุ 4-12 ปี ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์เจล หรือ ทาฟลูออไรด์วานิช (\geqร้อยละ 80) - เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ 6 และซี่ 7 (\geqร้อยละ 30) - มีการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบด้านทันตสุขภาพ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง 4. กลุ่มวัยทำงาน - กลุ่มวัยทำงาน (สิทธิประกันสังคม) ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และให้บริการทันตกรรม (\geqร้อยละ 50) - ผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับการทันตกรรม (\geqร้อยละ 25) - สถานประกอบการต้นแบบด้านทันตสุขภาพ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง 5. มีการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ - ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งในช่องปาก (\geqร้อยละ 80) - ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจฟัน และวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกับ CG (\geqร้อยละ 80) - มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ด้านทันตสุขภาพ (1 รพ.สต. ที่มีทันตภิบาลประจำ : 1 ชมรม) - มีผู้สูงอายุ 78-80, 90 ปี ฟันดี (ตามเกณฑ์กรมอนามัย) (อำเภอละ 1 คน) โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 รอบและกำหนดเกณฑ์คะแนน Ranking ในแต่ละรอบตามแนวทางที่ได้กำหนดให้ 		
<p>เป้าหมายการดำเนินงาน</p> <p>ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย</p>			
<p>ปีงบประมาณ 66</p>	<p>ปีงบประมาณ 67</p>	<p>ปีงบประมาณ 68</p>	<p>ปีงบประมาณ 69</p>
<p>ความสำเร็จระดับ 5</p>	<p>ความสำเร็จระดับ 5</p>	<p>ความสำเร็จระดับ 5</p>	<p>ความสำเร็จระดับ 5</p>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อติดตามผลการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพ 5 กลุ่มวัย ดังนี้ หญิงตั้งครรภ์, วัยเด็ก, วัยทำงาน, วัยผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง</p>		
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ประชาชนในเขตรับผิดชอบหน่วยบริการ รพศ./รพท./รพช./ รพ.สต.</p>		
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>จากรายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี จากรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข จากรายงาน Cockpit เขตสุขภาพที่ 10 จากสรุปผลการดำเนินงาน 1 page จากฟอร์มรายงานที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.กำหนด จากการนิเทศงานผสมผสานและเฉพาะกิจ</p>		
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>		



รายการข้อมูล 1	รอบที่ 1 ประเมินกระบวนการพัฒนางานทันตสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ
รายการข้อมูล 2	รอบที่ 2 ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานทันตสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A=จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการบริการ (คน) B=จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดของแต่ละอำเภอ (คน) สูตร = (A/B)*100
เอกสารสนับสนุน	1.สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมในแต่ละสิทธิ์แต่ละกลุ่มวัย 2.เกณฑ์การประเมินด้านทันตสุขภาพ ศพด. รร. สถานประกอบการ และชมรมผู้สูงอายุ
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
1. หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ชัดฟัน และอุดหินปูน ที่มารายงาน HDC 19.1	ร้อยละ	30.19	26.24	36.19
2. เด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ที่มารายงาน HDC 17.4	ร้อยละ	57.66	57.43	59.29
3. เด็ก 0-2 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม ที่มารายงาน HDC 17.7	ร้อยละ	68.47	68.02	69.99
4. เด็ก 3-5 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ที่มารายงาน HDC 17.8	ร้อยละ	76.66	64.19	62.82
5. เด็ก 3-5 ปี ได้รับการทาฟลูออไรด์ ที่มารายงาน HDC 17.9	ร้อยละ	78.96	63.48	62.99
6. เด็ก 3-5 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม ที่มารายงาน HDC 17.10	ร้อยละ	86.52	74.29	76.83
7. เด็กอายุ 4-12 ปี ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์/ ทาฟลูออไรด์วานิช ที่มารายงาน HDC 19.2	ร้อยละ	79.6	58.6	47.95
8. เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟันใน ฟันกรามแท้ซี่ 6 และ ซี่ 7 ที่มารายงาน HDC 19.3	ร้อยละ	54.3	14.3	12.82
9. ผู้สูงอายุได้รับการตรวจช่องปาก ที่มารายงาน HDC 17.23	ร้อยละ	62.54	58.43	55.11
10. ผู้สูงอายุได้รับการบริการทันตกรรม ที่มารายงาน HDC 17.25	ร้อยละ	65.97	61.82	59.19
11. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงได้รับการ ตรวจช่องปาก ที่มารายงาน HDC 17.26	ร้อยละ	60.75	65.80	64.28
12. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงได้รับการ ทันตกรรม ที่มารายงาน HDC 17.27	ร้อยละ	29.41	32.70	42.62
13. มีชมรมผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์ด้านทันตสุขภาพ 1 แห่ง ต่อ 1 รพ.สต. ที่มีทันตภิบาลประจำ ที่มาจาก รายงานข้อมูลในเว็บไซต์พื้นที่ยมพระราชทาน	รพ.สต./ชมรม (แห่ง)	75.2	78.28	88.00
หมายเหตุ -ข้อมูลจากฐานจากระบบรายงาน HDC				



เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ปี 2566

รอบที่ 1 (ประเมินระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566) มีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

- 1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุ 0-2 ปี**
 - หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ขัดฟัน และชุดหินปูน (≥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 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ 6 และซี่ 7 (≥ร้อยละ 15)
- 4. กลุ่มวัยทำงาน**
 - กลุ่มวัยทำงาน (สิทธิประกันสังคม) ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและให้บริการทันตกรรม (≥ร้อยละ 25)
 - ผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม (≥ร้อยละ 15)
- 5. มีการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ**
 - ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งในช่องปาก (≥ร้อยละ 40)
 - ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจฟัน และวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกับ CG (≥ร้อยละ 40)

รอบที่ 2 (ประเมินระหว่าง 1 เมษายน 2566- 31 สิงหาคม 2566) มีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

- 1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุ 0-2 ปี**
 - หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ขัดฟัน และชุดหินปูน (≥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 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ 6 และซี่ 7 (≥ร้อยละ 30)
 - มีโรงเรียนต้นแบบด้านทันตสุขภาพ อย่างน้อยอำเภอละ 1 โรงเรียน
- 4. กลุ่มวัยทำงาน**
 - กลุ่มวัยทำงาน (สิทธิประกันสังคม) ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและให้บริการทันตกรรม (≥ร้อยละ 50)
 - ผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม (≥ร้อยละ 25)
 - มีสถานประกอบการต้นแบบด้านทันตสุขภาพ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง
- 5. มีการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ**
 - ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งในช่องปาก (≥ร้อยละ 80)



- ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจฟัน และวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกับ CG (>ร้อยละ 80)

- มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ด้านทันตสุขภาพ (1 รพ.สต. ที่มีทันตภิบาลประจำ : 1 ชมรม)

- อำเภอมีผู้สูงอายุ 78-80, 90 ปี ฟันดี ตามเกณฑ์ตามเกณฑ์กรมอนามัย อย่างน้อย อำเภอละ 1 คน

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566)

มีการดำเนินงานพัฒนางานทันตสาธารณสุข ครบทั้ง 5 ข้อ

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ผ่านเกณฑ์ 1 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ 2 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ 4 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ

ที่มา 1. สรุปผลการนิเทศงานผสมผสาน

2. จากรายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี

3. จากรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข

4. จากรายงาน Cockpit เขตสุขภาพที่ 10

รอบที่ 2 (ระหว่าง 1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566)

มีผลลัพธ์การดำเนินงานผ่านเกณฑ์ ครบทั้ง 5 ข้อ

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ผ่านเกณฑ์ 1 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ 2 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ 4 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ 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

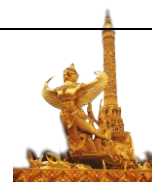
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน ทันตแพทย์หญิงน้ำเพชร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่ง : รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี Email : namphet09@hotmail.com โทรศัพท์ : 065-919-8166
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางรัชณี ชันทอง ตำแหน่ง : เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน โทร : 080-476-7231 Email : Ratchanee_dent26@hotmail.com



ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 6	การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (service plan)
โครงการที่ -	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทันตสาธารณสุข
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 44)	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการทันตสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการทันตสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ หมายถึง การพัฒนาระบบฐานข้อมูลทรัพยากรทันตสาธารณสุข ข้อมูลการจัดบริการ ข้อมูลระบบรายงาน เพื่อสนับสนุนและพัฒนาการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพที่เป็นเลิศ ตามนโยบายสำคัญของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลในระบบรายงานทรัพยากรทันตสาธารณสุข DentHRUbon64 และแบบสำรวจครุภัณฑ์ทันตกรรม DentEquiUbon64 (ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ 90) 2. มีการจัดซื้อร่วมวัสดุทันตกรรม (≥ ร้อยละ 30) 3. มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาของรายงานตัวชี้วัด (KPI) (≥ ร้อยละ 90) 4. รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพในช่องปาก ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ 7 กลุ่มเป้าหมาย 15 กิจกรรม (≥ ร้อยละ 60 รพ.สต. ที่มีทันตภิบาล) 5. ร้อยละจำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด (ค่าเป้าหมาย ขนาด A,S ร้อยละ 15, ขนาด M1,M2 ร้อยละ 10, ขนาด F1,F2 ร้อยละ 5 ขนาด F3 ตามศักยภาพทันตแพทย์) 6. มีผลงาน Out standing วิชาการ,นวัตกรรม,CQIด้านทันตสุขภาพ ระดับอำเภอมีการจัดเวทีวิชาการ และรพ.สต.ที่มีทันตภิบาลส่งผลงานเข้าร่วม 7. มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ (รพ.ใช้เกณฑ์คุณภาพคลินิกทันตกรรมปลอดภัย)(≥ ร้อยละ 100) 8. จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่าน มาตรฐาน การงานสุขภาพช่องปาก โดยมี PCU/NPCU ในอำเภอที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ (≥ ร้อยละ 25) <p>โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 รอบและกำหนดเกณฑ์คะแนน Ranking ในแต่ละรอบตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้</p>



เป้าหมายการดำเนินงาน			
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการทันตสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ			
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เกิดการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขและบริหารจัดการทรัพยากรด้านทันตสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการทุกระดับ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> -จากรายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี -จากรายงานข้อมูลด้านบริหารเวชภัณฑ์ สำนักงานบริหารสาธารณสุข -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 = $100 - ((A/B) * 100)$			
- ผู้สูงอายุ ที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่			
A = จำนวนผู้สูงอายุ ที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่			
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) ร้อยละการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม			
A=จำนวนเงินในการจัดซื้อวัสดุทันตกรรมตามรายการจัดซื้อรวม			
B=จำนวนเงินในการจัดซื้อวัสดุทันตกรรมตามแผน			
สูตร = $(A/B) * 100$			



<p>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</p> <p>5) ระดับอำเภอมีการจัดเวทีวิชาการ และรพ.สต.ที่มีทันตภิบาลส่งผลงานเข้าร่วม (ร้อยละ100) โดยมีผลงานวิชาการ ด้านทันตสุขภาพดีเด่นระดับอำเภอ (มีผลงานระดับอำเภอขึ้นไป) A= จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่มีทันตภิบาล B= จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่มีผลงานวิชาการ (มีผลงานระดับอำเภอขึ้นไป) สูตร = (A/B)*100</p> <p>6) ร้อยละความถูกต้อง ครบถ้วน ทันทเวลาของ ข้อมูลแบบสำรวจทรัพยากรบุคคล DentHRUbon64 และแบบสำรวจ ครุภัณฑ์ทันตกรรม DentEquiUbon64 A= จำนวนครั้ง การรายงานข้อมูลแบบสำรวจทรัพยากรบุคคล DentHRUbon64 และแบบสำรวจครุภัณฑ์ทันตกรรม DentEquiUbon64 ถูกต้อง ครบถ้วน ทันทเวลา B= จำนวนครั้ง การรายงานข้อมูลแบบสำรวจทรัพยากรบุคคล DentHRUbon64 และแบบสำรวจครุภัณฑ์ทันตกรรม DentEquiUbon64 ที่ต้องส่งทั้งหมด (4 ครั้ง) (เดือนธันวาคม เดือนมีนาคม เดือนมิถุนายน และเดือนสิงหาคม) สูตร = (A/B)*100</p> <p>7) มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ (รพ.ใช้เกณฑ์คุณภาพคลินิกทันตกรรมปลอดภัย)</p> <p>8) ร้อยละจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ A=จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านเกณฑ์ B=จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ทั้งหมด สูตร = (A/B)*100</p> <p>9) อัตรา (ร้อยละ) จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด แบ่งตามระดับโรงพยาบาล ตาม Service plan ดังนี้ A=จำนวนบริการทันตกรรมทั้งหมด B=จำนวนบริการทันตกรรมเฉพาะทาง สูตร = (A/B)*100</p>	
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566</p>
<p>เกณฑ์ประเมิน</p> <p><u>รอบที่ 1</u> (ประเมินระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566) ประเมินจากผลลัพธ์การดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> มีการรายงานข้อมูลในระบบรายงานทรัพยากรทันตสาธารณสุขในระบบ DentHRUbon64 และแบบสำรวจ ครุภัณฑ์ทันตกรรม DentEquiUbon64 (ถูกต้อง ครบถ้วน ทันทเวลา ร้อยละ 90) ร้อยละการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม 2 ไตรมาส (\geqร้อยละ 15) มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ (รพ.ใช้เกณฑ์คุณภาพคลินิกทันตกรรมปลอดภัย) (สรุปผลเป็น 1 Page) 	



4. มีกระบวนการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่าน มาตรฐาน การงานสุขภาพช่องปาก (สรุปผลเป็น 1 Page)
5. ร้อยละความถูกต้อง ครบถ้วน ทันทเวลาของรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข (ร้อยละ 90)

รอบที่ 2 (ประเมินระหว่าง 1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566) ประเมินจากผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

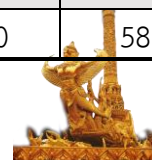
1. มีสถานะทันตสุขภาพ ดังนี้
 - เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุ caries free (คน) (\geq ร้อยละ 75) (ต้องมีการตรวจฟัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)
 - เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ caries free (คน) (\geq ร้อยละ 70) (ต้องมีการตรวจฟัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)
 - ผู้สูงอายุ ที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 73 (ต้องมีการตรวจฟัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)
2. ร้อยละการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม (\geq ร้อยละ 30)
3. ร้อยละ รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพในช่องปาก ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ 7 กลุ่มเป้าหมาย 15 กิจกรรม (\geq ร้อยละ 60 ใน รพ.สต.ที่มีทันตภิบาล)
4. จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่าน มาตรฐาน การงานสุขภาพ ช่องปาก โดยมี PCU/NPCU ในอำเภอที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ (\geq ร้อยละ 25)
5. ร้อยละจำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด (ค่าเป้าหมายขนาด A,S ร้อยละ 15, ขนาด M1,M2 ร้อยละ 10, F1,F2 ร้อยละ 5 F3 ตามศักยภาพทันตแพทย์)
6. มีผลงาน Out standing วิชาการ, นวัตกรรม, CQI ด้านทันตสุขภาพ ระดับอำเภอมีการจัดเวทีวิชาการ และ รพ.สต. ที่มีทันตภิบาลส่งผลงานเข้าร่วม (ร้อยละ100) โดยมีผลงานวิชาการด้านทันตสุขภาพดีเด่นระดับอำเภอ (ส่งผลงานวิชาการ ภายในวันที่ 29 ก.ค. 2566)
7. ร้อยละความถูกต้อง ครบถ้วน ทันทเวลาของรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข (ร้อยละ 90)

เอกสารสนับสนุน

ยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปาก กระทรวงสาธารณสุข ปี 2566

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
1. การจัดซื้อวัสดุทันตกรรม	ร้อยละ	32.8	44.5	31.14
2. ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันทเวลาของรายงาน ตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละ	85.1	95.5	96.55
3. รพ., รพ.สต. และ ศสม. ผ่านเกณฑ์ ตามเกณฑ์ 7 กลุ่มเป้าหมาย 15 กิจกรรม	ร้อยละ	75.4	53.5	44.64
4. รพ., รพ.สต. และ ศสม. มีผลงานวิชาการ	ร้อยละ	38.6	62.3	68.92
5. มีอัตรา (ร้อยละ) จำนวนรายบริการ ทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด				
-โรงพยาบาลขนาด A,S	ร้อยละ	N/A	33.60	58.70



-โรงพยาบาลขนาด M1,M2	ร้อยละ	N/A	10.20	8.46
-โรงพยาบาลขนาด F1,F2	ร้อยละ	N/A	5.28	4.72
-โรงพยาบาลขนาด F3	ร้อยละ	N/A	7.29	4.56

เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ปี 2566

รอบที่ 1 (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566)

มีผลลัพธ์การดำเนินงานผ่านเกณฑ์ ครบทั้ง 5 ข้อ

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ผ่านเกณฑ์ 1 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ 2 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ 4 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ

- ที่มา 1. สรุปผลการนิเทศงานผสมผสาน
- รายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี
 - รายงานข้อมูลด้านบริหารเวชภัณฑ์ สำนักงานบริหารสาธารณสุข
 - รายงาน Google Sheets แบบสำรวจทรัพยากรบุคคล DentHRUbon64 และแบบสำรวจครุภัณฑ์ทันตกรรม DentEquiUbon64
 - 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
ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ 4 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ 6 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ 7 ข้อ

- ที่มา 1. สรุปผลการนิเทศงานผสมผสาน
- รายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี
 - รายงานข้อมูลด้านบริหารเวชภัณฑ์ สำนักงานบริหารสาธารณสุข
 - รายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข
 - สรุปผลการดำเนินงาน 1 page

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน ทันตแพทย์หญิงน้ำเพชร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่ง : รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี Email : namphet09@hotmail.com โทรศัพท์ : 065-919-8166
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นายประสิทธิ์ คุณแสนใส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083-966-4754 Email : mistersitty@yahoo.com



ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)
โครงการที่ 19	โครงการกัญชาทางการแพทย์
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 45)	ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ความสำเร็จระดับ 5)
ชื่อตัวชี้วัดย่อย (R 45.1)	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ (ร้อยละ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดการบริการ คัดกรอง ตรวจวินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือแพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการ ให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ</p> <p>2. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง</p> <p>2.1 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.2 โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</p> <p>2.3 สถานพยาบาลภาคเอกชน หมายถึง สถานพยาบาล ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่าย จ่าย ยากัญชา ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562</p> <p>3. ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย</p> <p>4. ยากัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา</p> <p>5. Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส ICD10 กรณีแพทย์แผนปัจจุบัน 251.5 กรณีแพทย์แผนไทย U50-U77 และ Z51.5)</p> <p>6. งานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง งานวิจัยเกี่ยวกับยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม น้ำมันกัญชา ผู้ให้บริการด้วยกัญชาทางการแพทย์ และการวิจัยด้านการบริหารจัดการเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์</p> <p>7. การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่มา</p>



พัฒนาให้เป็นระบบโดยกำหนดกิจกรรม อาทิเช่น การศึกษาดูงาน, เวทีเสวนา, การจัดอบรม, งานประจำสู่งานวิจัย (R2R) หรือการนำเสนอผลงานวิชาการในที่ประชุมวิชาการด้านกัญชาทางการแพทย์				
เป้าหมายการดำเนินงาน				
ตัวชี้วัดสำคัญ	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ 5	ร้อยละ 7	ร้อยละ 10	ร้อยละ 12
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 2. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้กัญชาทางการแพทย์ 3. เพื่อส่งเสริมศักยภาพการทำงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2. รวบรวมจากการส่งข้อมูลผ่าน Application ระดับจังหวัด 			
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. สถาบันกัญชาทางการแพทย์ 			
รายการข้อมูล 1	<p>ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์</p> <p>A1 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์</p> <p>B1 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care)</p> <p>สูตรคำนวณ = $(A1 / B1) \times 100$</p>			
เกณฑ์การประเมิน ปี 2566				
3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
มีการค้นหาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคและผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ (กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมสุขภาพจิต กรม สบส.)	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง(Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 3	ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5 2. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 	



รายการข้อมูล 2	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ A2 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566 B1 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) สูตรคำนวณ = $(A2 / B1) \times 100$												
วิธีการประเมินผล	1. ข้อมูลจาก HDC สสจ.อุบลราชธานี / Application 2. ข้อมูลจากการนิเทศงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี												
เอกสารสนับสนุน	1. คู่มือ แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG) 2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562												
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566												
เกณฑ์การประเมิน ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566) รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2566- 31 ส.ค. 2566) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ (เป้าหมายร้อยละ 5)													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">คะแนน</th> <th>เกณฑ์การประเมิน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 1.99</td> </tr> <tr> <td>2 คะแนน</td> <td>ระหว่างร้อยละ 2.00 -2.99</td> </tr> <tr> <td>3 คะแนน</td> <td>ระหว่างร้อยละ 3.00 -3.99</td> </tr> <tr> <td>4 คะแนน</td> <td>ระหว่างร้อยละ 4.00 -4.99</td> </tr> <tr> <td>5 คะแนน</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5</td> </tr> </tbody> </table>	คะแนน	เกณฑ์การประเมิน	1 คะแนน	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 1.99	2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 2.00 -2.99	3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 3.00 -3.99	4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 4.00 -4.99	5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5
คะแนน	เกณฑ์การประเมิน												
1 คะแนน	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 1.99												
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 2.00 -2.99												
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 3.00 -3.99												
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 4.00 -4.99												
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5												
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางภัสลภา โสทธิสวัสดิ์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทร. 081-8770338 อีเมลล์ So.panlapa@gmail.com												
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี												
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางสาวสุภาวดี อัครคะเพชร โทร. 084-479-1368 อีเมลล์ chejung.nan@hotmail.com												
ชื่อตัวชี้วัดย่อย (R 45.2)	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5)												
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.5 คะแนน												



คำนิยามตัวชี้วัด	<p>1. การจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดการบริการ คัดกรอง ตรวจวินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยา กัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือแพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการ ให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการบริการ</p> <p>2. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง</p> <p>2.1 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.2 โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</p> <p>2.3 สถานพยาบาลภาคเอกชน หมายถึง สถานพยาบาล ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ที่ได้รับอนุญาตให้ จำหน่าย จ่าย ยกัญชา ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562</p> <p>3. ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย</p> <p>4. ยา กัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชา ประชุมผสม หรือน้ำมันกัญชา</p>
-------------------------	--

เป้าหมายการดำเนินงาน			
ตัวชี้วัดสำคัญ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5)	ปี 2566 เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	ปี 2567 เพิ่มขึ้นร้อยละ 7	ปี 2568 เพิ่มขึ้นร้อยละ 10
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 2. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้กัญชาทางการแพทย์ 3. เพื่อส่งเสริมศักยภาพการทำงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ 		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2. รวบรวมจากการส่งข้อมูลผ่าน Application ระดับจังหวัด 		
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. สถาบันกัญชาทางการแพทย์ 		
รายการข้อมูลที่ 1	$A =$ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566 ตามรอบที่ประเมิน (คน)		
รายการข้อมูลที่ 2	$B =$ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในห้วงที่ประเมิน (คน)		



สูตรคำนวณ	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาگیฎชาทางการแพทย์ = (A/B) x 100
วิธีการประเมินผล	1. ข้อมูลจาก HDC สสจ.อุบลราชธานี / Application 2. ข้อมูลจากการนิเทศงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
เอกสารสนับสนุน	1. คู่มือ แนวทางการจัดบริการคลินิกگیฎชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG) 2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566
เกณฑ์การประเมิน ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566) รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566) ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาگیฎชาทางการแพทย์ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5)	
คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 คะแนน	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 1.99
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 2.00 -2.99
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 3.00 -3.99
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 4.00 -4.99
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางภัลลภา โสทธิสวัสดิ์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทร. 081-8770338 อีเมลล์ So.panlapa@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางสาวสุภาวดี อัครคะเพชร โทร. 084-479-1368 อีเมลล์ chejung.nan@hotmail.com



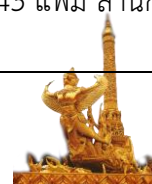
ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 6	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)
โครงการที่ 8	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ลักษณะ	ประเมินผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 46)	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 35)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>1. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD)รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และงานเชิงรุกในชุมชน ซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจวินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การประคบสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษาฟื้นฟูสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสุขภาพ - การบำบัดมือเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง



	<p>- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน</p> <p>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรคสตรี: U50 ถึง U52 2. โรคเด็ก: U54 ถึง U55 3. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ U56 ถึง U60 4. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U61 ถึง U72 5. โรคและอาการอื่น: U74 ถึง U75 6. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค: U77 <p>รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081)</p> <p>1100 ผู้ป่วยได้รับการนัดเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>1101 การบริการนัดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>1102 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>11020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>1103 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>1104 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>1105 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11050 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11051 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11052 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวด ที่บ้าน</p> <p>11053 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน</p> <p>11058 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน</p> <p>1106 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการทั่วมือเกลือที่บ้าน</p> <p>11060 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน</p> <p>1107 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน</p> <p>11070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน</p> <p>11071 การให้คำแนะนำ หญิงหลังคลอด และการบริหารอาหารกด้าน การแพทย์แผน ไทยที่บ้าน</p> <p>1108 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่นๆ ที่บ้าน</p> <p>11080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183)</p> <p>11100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)</p> <p>11101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุล โครงสร้างร่างกาย นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น</p> <p>11102 การให้บริการสมาธิบำบัด</p> <p>11103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)</p> <p>11104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเน็ฟแอสซิสต์ (Nerve</p>
--	--



	<p>Assist)</p> <p>1I105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)</p> <p>1I110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy)</p> <p>1I111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอท (Krtogenic Diet)/อาหารพร่องแป้ง (Low-carb Diet)</p> <p>1I112 การให้บริการแม็คโครไบโอติก (Macrobiotics)</p> <p>1I113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน - เย็น</p> <p>1I180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)</p> <p>1I181 การให้บริการพลังบำบัดเช่นพลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น</p> <p>1I182 การให้บริการกัวซา (Guasa)</p> <p>1I183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับสมดุลร่างกายด้วยอาหารและสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาวะที่ดี)</p> <p>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน</p> <p>1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78</p> <p>2. รหัสวินิจฉัยรูปแบบกลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification/ Syndrome differentiation in Chinese Medicine) : U79</p>			
เป้าหมายการดำเนินงาน				
ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละ 35	ร้อยละ 37	ร้อยละ 39	ร้อยละ 41	ร้อยละ 43
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย สอน. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่ได้รับบริการปฐมภูมิในชุมชน (กิจกรรมบริการบุคคล/เยี่ยมบ้าน) และได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก</p>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ</p>			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>			

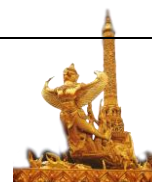


แหล่งข้อมูล	43 แพ้ม (PERSON/ PROVIDER/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ COMMUNITY_SERVICE)														
รายการข้อมูล (A)	A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก ทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วย บริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือ U78 ถึง U79 หรือการส่ง จ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือการให้หัตถการ (900-77-00 ถึง 900-78-88) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (900-79-00 ถึง 900-79- 99) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081) หรือ บริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183) ใดๆอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่นับรวมรหัส Z														
รายการข้อมูล (B)	B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุข ระดับ ปฐมภูมิที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้น ด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง 176 หรือแพทย์แผนจีนที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U78 ถึง U79 ทั้งนี้ หากมีหัตถการหรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า 1 รายการ ก็จะนับเป็นการ บริการ 1 ครั้ง (visit)														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
วิธีการประเมินผล :	1. ข้อมูลจาก HDC สสจ.อุบลราชธานี 2. ข้อมูลจากการนิเทศงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี														
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566) รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566) ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 35)															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">คะแนน</th> <th>เกณฑ์การประเมิน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">0 คะแนน</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 15</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 คะแนน</td> <td>ระหว่างร้อยละ 15-19</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2 คะแนน</td> <td>ระหว่างร้อยละ 20-24</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3 คะแนน</td> <td>ระหว่างร้อยละ 25-29</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4 คะแนน</td> <td>ระหว่างร้อยละ 30-34</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5 คะแนน</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 35</td> </tr> </tbody> </table>		คะแนน	เกณฑ์การประเมิน	0 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 15	1 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 15-19	2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 20-24	3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 25-29	4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 30-34	5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 35
คะแนน	เกณฑ์การประเมิน														
0 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 15														
1 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 15-19														
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 20-24														
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 25-29														
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 30-34														
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 35														
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการพัฒนากระบวนการบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ผสมผสาน														



	<p>2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>3. แนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>4. หลักสูตรเวชปฏิบัติของแพทย์แผนไทยเพื่อปฏิบัติงานในทีมผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</p>
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>หัวหน้ากลุ่มงาน</p> <p>นางภัลลภา โสทธิสวัสดิ์</p> <p>ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>โทร. 081-8770338</p> <p>อีเมลล์ So.panlapa@gmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด</p> <p>นางสาวรวงคณา สายธนู โทร. 088-584-3370</p> <p>อีเมลล์ amnormal1234@gmail.com</p>

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 7	การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ 20	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 47)	ผลความสำเร็จในการพัฒนา ECS เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลทุกระดับ (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ)</p> <p>หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในท้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)</p>



	<p>แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ (1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน</p> <p>ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน หมายถึง ผู้มารับบริการห้อง อุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</p> <p>“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน</p>	
<p>เกณฑ์เป้าหมาย (สะสม) เกณฑ์เป้าหมาย : ทั้ง Trauma และ Non-Trauma</p>		
<p>ปีงบประมาณ 2566</p> <p>< ร้อยละ 12</p>	<p>ปีงบประมาณ 2567</p> <p>< ร้อยละ 12</p>	<p>ปีงบประมาณ 2568</p> <p>< ร้อยละ 12</p>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>1. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษา ที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติ</p> <p>2. ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน</p>	
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี</p>	
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>1.ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)</p> <p>2.ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT</p> <p>3.ระบบข้อมูลจาก www.emsdubon@gmail.com / ระบบข้อมูล ITEMS</p>	
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F)</p>	
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง (คน)</p>	
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด (คน)</p>	
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>$(A/B) \times 100$</p>	
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>งานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>	
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ประเมิน 2 รอบ /ปี</p> <p>ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566</p> <p>ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566</p>	
<p>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566</p>		



รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)

รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)

ข้อ	ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมิน			
1	1	มี Guideline Trauma Fast Track โดยเฉพาะระบบ severe Traumatic brain injury <i>(1 คะแนน)</i>			
		ไม่มี Guideline ในการดูแลผู้ป่วย Triage level 1 <i>(0 คะแนน)</i>			
2	1	ไม่มีการบันทึกรายงานข้อมูล จำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ตามกำหนด (ที่ WWW.EMSDUBON.COM ทุกเดือน และรายงานข้อมูลไม่เกิน วันที่ 5 ของเดือนถัดไป) <i>(0 คะแนน)</i>			
		รายงานตรงตามเวลาแต่ไม่ครบถ้วน <i>(0.5 คะแนน)</i>			
		รายงานครบถ้วนและตรงตามเวลา <i>(1 คะแนน)</i>			
3	1	มีการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ (Dead Case Conference) เหตุการณ์ที่พบความเสี่ยงต่างๆ ทุกเหตุการณ์ พร้อมทั้งนำมาปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และมีหลักฐานการปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน <i>(1 คะแนน)</i>			
		มีการทบทวนอย่างน้อย 2 เหตุการณ์ขึ้นไป <i>(0.5 คะแนน)</i>			
		มีการทบทวนน้อยกว่า 2 เหตุการณ์ <i>(0 คะแนน)</i>			
4	1	มีการจัดกิจกรรม หรือโครงการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีหลักฐานที่ชัดเจน <i>(1 คะแนน)</i>			
		มีการจัดกิจกรรมแต่ไม่มีหลักฐาน <i>(0.5 คะแนน)</i>			
		ไม่มีการจัดกิจกรรม <i>(0 คะแนน)</i>			
5	1	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 12 <i>(1 คะแนน)</i>			
		อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล (ทั้งที่ ER และ Admit) มากกว่าร้อยละ 12 <i>(0 คะแนน)</i>			
นำคะแนนที่ได้มารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)					
เอกสารสนับสนุน :	1. http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/ 2. คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2562	2563	2564	2565
-	ร้อยละ	6.26	6.63	8.60	6.80
ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวอลิษา สุพรรณ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045- 262692 โทรศัพท์มือถือ : 081-790-4981 โทรสาร : 045- 241918 E-mail : Alisuphan@hotmail.com				
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	งานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				



ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1. นายเอกชัย จรุงเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 262692 โทรศัพท์มือถือ : 086-461-9299 โทรสาร : 045 - 241918 E-mail : MR.AKK1669@gmail.com 2. นายรณชัย ขอสืบ เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โทรศัพท์มือถือ : 087-377-0333 E-mail : ton.ronachai@gmail.com
--------------------------------	--

ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 7	การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ 20	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 48)	ผลสำเร็จในการพัฒนา ER คุณภาพของโรงพยาบาลทุกระดับ (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	ห้องฉุกเฉินคุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 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 โดยการพัฒนา ระบบ Telemedicine และ Ambulance Operation Center (AOC)



	<p>2.2.3 ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟ้ม “ACCIDENT” ในระบบข้อมูล 43 แฟ้ม</p> <p>3. การพัฒนาและอํารงรักษากำลังคน</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย (สะสม)			
	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> -เพิ่มการเข้าถึงการบริการ ER คุณภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน -ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน -พัฒนาห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน -บุคลากรมีความปลอดภัย 		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไปและชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 25 แห่ง		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน/แบบประเมิน		
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F)		
แหล่งข้อมูล	งานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566		
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566) รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)			



ข้อ	ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมิน
ข้อ 1 (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)	0.5 คะแนน	มีการประเมิน ER คุณภาพ ตามแบบฟอร์มการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System)
	0.5 คะแนน	เสนอผลการประเมินตนเองให้ผู้บริหารทราบ (ในเดือน มีนาคม และ สิงหาคม) ทุก 6 เดือน
	1 คะแนน	มีแนวทาง มาตรการ ในการพัฒนา ส่วนที่ไม่ผ่านตามเกณฑ์ ตามแบบฟอร์มการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System)
ข้อ 2 (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)	0.3	แผนบริหารจัดการความรุนแรงและความปลอดภัยมีระบบ หรือขั้นตอนการดำเนินงาน, ประสานงานอย่างชัดเจน
	0.3	มีการซ้อมแผนรับเหตุรุนแรงใน รพ. ในปี งบประมาณ. อย่างน้อย 1 ครั้ง
	0.4	จัดให้มี Double door with access control
ข้อ 3 (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)	2	มีการบันทึกข้อมูล ECS คุณภาพ 7 หมวดในเว็บไซต์ www.emsdubon.com ทุกเดือน มีการบันทึกครบถ้วน ตามช่วงเวลา
	1	มีการบันทึกไม่ครบถ้วน
	0	ไม่มีการบันทึก
รวมคะแนนเต็ม 5 คะแนน (นำคะแนนทั้ง 3 ข้อมารวมกัน)		

เอกสารสนับสนุน :

1. <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/>
2. คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)			
		2562	2563	2564	2565
-	ร้อยละ	6.26	6.63	8.60	6.80

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

หัวหน้ากลุ่มงาน

นางสาวอลิษา สุพรรณ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045- 262692 โทรศัพท์มือถือ : 081-790-4981
โทรสาร : 045- 241918 E-mail : Alisuphan@hotmail.com

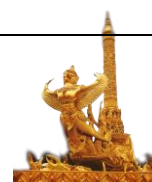
หน่วยงานประมวลผล
และจัดทำข้อมูล

งานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผู้รายงานผลการ
ดำเนินงาน

ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด

1. นายเอกชัย จรูญเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 262692 โทรศัพท์มือถือ : 086-461-9299
โทรสาร : 045 - 241918 E-mail : MR.AKK1669@gmail.com
2. นายรณชัย ขอสืบ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
โทรศัพท์มือถือ : 087-377-0333 E-mail : ton.ronachai@gmail.com



ยุทธศาสตร์ที่ 2	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 7	การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ 20	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 49)	ผลสำเร็จของการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	0.5 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี</p> <p>การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้นที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ</p> <p>ผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) คือ กลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำที่ครอบคลุมทั้ง</p> <p>การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม เกิดจากการรวมตัวกันเป็นทีมขึ้นของเครือข่ายภาครัฐ (สาธารณสุข ท้องถิ่น การศึกษา ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พัฒนาสังคมฯ ฯลฯ) ภาคเอกชนจิตอาสา หรือประชาชนทั่วไปเพื่อร่วมกันดำเนินการป้องกันการจมน้ำ</p> <p>ใน 10 องค์ประกอบของผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับทอง ระดับเงิน และระดับทองแดง โดยระดับทองแดงดำเนินงาน 8 องค์ประกอบ ส่วนระดับทองและระดับเงินจะต้องดำเนินงานทั้ง 10 องค์ประกอบ</p> <p>สร้างทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ระดับทองและระดับเงิน โดยร่วมมือกับภาคีเครือข่าย</p> <p>ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน จิตอาสา หรือประชาชนทั่วไป เพื่อผลักดันให้เกิด</p> <p>ทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ในระดับหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>เป้าหมายลดโรค (ระดับประเทศ) ประจำปี 2566</p> <p>อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี น้อยกว่า 3 ต่อประชากรเด็กแสนคน</p> <p>เป้าหมายระดับจังหวัดอุบลราชธานีประจำปี 2566 : พื้นที่สีแดงลดลงร้อยละ 50 ต่อปี</p> <p>พื้นที่เสี่ยงมาก(พื้นที่สีแดง) อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนมากกว่าหรือเท่ากับ 7.5 หรือจำนวนคนเสียชีวิตตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป การคิดค่าเป้าหมายการลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำเสียชีวิตโดยใช้ค่าเฉลี่ย 5 ปี (ปี พ.ศ. 2560 - 2564)</p> <p>การเสียชีวิต = น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3.2 (เสียชีวิตทั้งจังหวัดไม่เกิน 11 คน)</p> <p>ทีมผู้ก่อการดี = ระดับทองหรือเงิน จำนวน 24 ทีม</p>
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กในจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในจังหวัดอุบลราชธานี (จำนวน 339,242 คน)



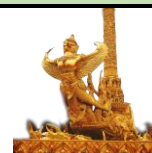
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. เอกสารสถิติการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 2. แบบรายงานการสอบสวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำ/ตกน้ำ 3. แผนการดำเนินงานการป้องกันการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 4. เอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานตามช่วงเวลาที่กำหนด 5. เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานการป้องกันการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ระดับอำเภอจากโรงพยาบาลทุกแห่ง
แหล่งข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการตายจากรายงานการสอบสวนจากการจมน้ำ/ตกน้ำ ระดับอำเภอ 2. ฐานข้อมูล 43 แห่ง
รายการข้อมูล 1	A =จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่เสียชีวิตจากการจมน้ำของจังหวัดในปี 2566
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กประชากรกลางปี ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)

รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)

ค่าคะแนน	เกณฑ์ประเมิน
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 /โรงเรียนขยายโอกาสมีการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การปฐมพยาบาลและ 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)

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

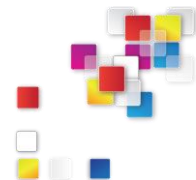
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
Based line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2563	2564	2565
จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	คน	12	27	11
อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	อัตราต่อประชากรแสนคน	3.33	8.1	3.24
ทีมผู้ก่อการดี ระดับเงิน หรือระดับทอง	ร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมด	1	1	1
ทีมผู้ก่อการดี ระดับทองแดง	ทุกตำบล	19	15	5

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางสาวอลิษา สุพรรณ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045- 262692 โทรศัพท์มือถือ : 081-790-4981 โทรสาร : 045- 241918 E-mail : Alisuphan@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	งานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1. นายเอกชัย จรุงเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 262692 โทรศัพท์มือถือ : 086-461-9299 โทรสาร : 045 - 241918 E-mail : MR.AKK1669@gmail.com 2. นางธัญญา นานาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร. 087-377-0333 E-mail : thaniyaa.emsubon@gmail.com
-------------------------	--

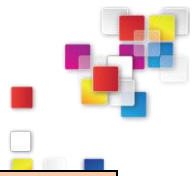




People Excellence

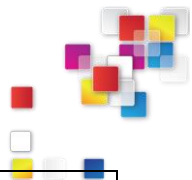
บุคลากรเป็นเลิศ



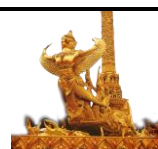


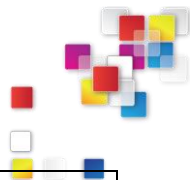
ยุทธศาสตร์ที่ 3	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 10	การพัฒนากระบวนการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ 1	โครงการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 50)	ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>แผนกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง แผนกำลังคนด้านสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุข แต่ละหน่วยที่ได้ดำเนินการกำหนดแผนอัตรากำลัง แผนการพัฒนากำลังคน และแผนบริหารกำลังคนของหน่วยบริการไว้</p> <p>หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี (จำนวน รพ.ทั่วไป 3 แห่ง, รพ.ชุมชน 22 แห่ง และสาธารณสุขอำเภอพร้อมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 25 อำเภอ รวม 50 แห่ง)</p> <p>อัตรากำลัง หมายถึง จำนวนและประเภทบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงอยู่ที่หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งได้จากระบบข้อมูล HROPS</p> <p>เกณฑ์การประเมิน ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>ระดับที่ 1 หน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลบุคลากรในระบบ HROPS ครบถ้วน > 90%</p> <p>ระดับที่ 2 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ ในแต่ละหน่วยบริการไม่น้อยกว่าประเด็นที่กำหนด ได้แก่ จำนวนบุคลากรจำแนกตามประเภทบุคลากร ช่วงอายุของบุคลากร ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงาน อัตราการสูญเสียของบุคลากร อัตรากำลังแต่ละวิชาชีพต่อประชากร และความต้องการอัตรากำลังตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan & Excellence center)</p> <p>ระดับที่ 3 มีการวางแผนการกระจายกำลังคน และจัดทำแผนการแก้ไขปัญหากำลังคนของหน่วยบริการ สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan & Excellence center) อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร และ/หรือ การกระจายเตียงต่อประชากร</p> <p>ระดับที่ 4 มีการวางแผนการผลิต สรรหาและพัฒนากำลังคนของหน่วยบริการ</p> <p>ระดับที่ 5 มีการสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผล แผนกำลังคนของหน่วยบริการ</p>





เกณฑ์เป้าหมาย (สะสม)			
ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	
จำนวนหน่วยบริการ ร้อยละ 70 มีการดำเนินการวางแผนกำลังคน ด้านสุขภาพระดับ 5	จำนวนหน่วยบริการ ร้อยละ 80 มีการดำเนินการวางแผนกำลังคน ด้านสุขภาพระดับ 5	จำนวนหน่วยบริการ ร้อยละ 90 มีการดำเนินการวางแผนกำลังคน ด้านสุขภาพระดับ 5	
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้หน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลบุคลากรในระบบ HROPS ครบถ้วน > 90% 2. เพื่อให้หน่วยบริการมีการวิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ 3. เพื่อให้หน่วยบริการมีการวางแผนการกระจายกำลังคน และแผนการแก้ไขปัญหากำลังคน 4. เพื่อให้หน่วยบริการมีการวางแผนการผลิต สรรหาและพัฒนากำลังคน 5. เพื่อให้หน่วยบริการมีการกำหนดรูปแบบการติดตามและประเมินผล แผนกำลังคนของสุขภาพ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพ (รพช./สสอ.) จำนวน 25 อำเภอ รวมเป้าหมายโรงพยาบาล 25 แห่ง , สนง.สสอ.จำนวน 25 แห่ง		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. วิเคราะห์จากระบบข้อมูล HROPS 2. สัมภาษณ์จากแบบประเมินความสำเร็จการจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ 3. ประเมินจากเอกสารแผนกำลังคนของหน่วยบริการ		
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลอัตรากำลัง ใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูล HROPS ของกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2. รายงานแบบประเมินความสำเร็จการจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพของหน่วยบริการ 3. เอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของหน่วยบริการ		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566		
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566) รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)			
เกณฑ์การประเมิน: ปี 2566			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	หน่วยบริการอย่างน้อย 35 แห่ง มีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับ 3		หน่วยบริการอย่างน้อย 35 แห่ง มีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับ 5





เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี2566

ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ระดับที่ 1 หน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลบุคลากรในระบบ HROPS ครบถ้วน > 90%

ระดับที่ 2 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ ในแต่ละหน่วยบริการ

ไม่น้อยกว่าประเด็นที่กำหนด ได้แก่ จำนวนบุคลากรจำแนกตามประเภทบุคลากร ช่วงอายุของบุคลากร ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงาน อัตราการสูญเสียของบุคลากร อัตรากำลังแต่ละวิชาชีพต่อประชากร และความต้องการอัตรากำลังตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan & Excellence center)

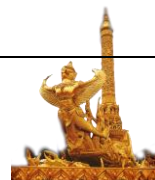
ระดับที่ 3 มีการวางแผนการกระจายกำลังคน และแผนการแก้ไขปัญหากำลังคนของหน่วยบริการ สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan & Excellence center) อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร และ/หรือการกระจายเตียงต่อประชากร

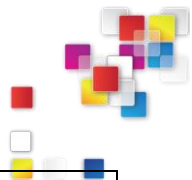
ระดับที่ 4 มีการวางแผนการผลิต สรรหาและพัฒนากำลังคน ของหน่วยบริการ

ระดับที่ 5 มีการกำหนดรูปแบบการติดตามและประเมินผล แผนกำลังคนของหน่วยบริการ

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	มีข้อมูลระดับที่ 1 ครบถ้วนสมบูรณ์
2 คะแนน	มีข้อมูลระดับที่ 1-2 ครบถ้วนสมบูรณ์
3 คะแนน	มีข้อมูลระดับที่ 1-3 ครบถ้วนสมบูรณ์
4 คะแนน	มีข้อมูลระดับที่ 1-4 ครบถ้วนสมบูรณ์
5 คะแนน	มีข้อมูลระดับที่ 1-5 ครบถ้วนสมบูรณ์

วิธีการประเมินผล	การติดตามจากการส่งรายงาน และนิเทศติดตามงาน 1. ข้อมูล HROPS ของแต่ละหน่วยบริการ 2. แบบประเมินความสำเร็จการจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพของแต่ละหน่วยบริการ 3. เอกสารแผนกำลังคนของหน่วยบริการ และระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ระดับที่ 1 - 5
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางธิดารัตน์ บุญทรง (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 089-626-9853 E mail thidarat.b@hotmail.co.th
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1 : นางเกตุศิริรินทร์ นิมพลี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 081-966-6632 E mail Ketsirind@hotmail.com

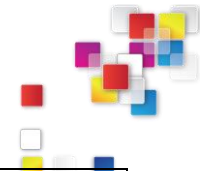




	2 : นางธิดารัตน์ บุญทรง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 089-626-9853 E mail thidarat.b@hotmail.co.th กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
--	--

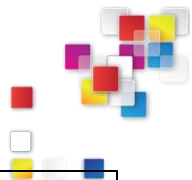
ยุทธศาสตร์ที่ 3	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 10	การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ 2	โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 51)	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) หน่วยงานระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2566 ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> ข้อมูลข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) อยู่ในระบบ HROPS ครบทุกราย (100%) ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) ทุกราย (100%) เข้าถึงข้อมูลในระบบ HROPS ผ่านระบบ Non-HRพิมพ์ ก.พ.7 และสามารถตรวจสอบข้อมูลของตนที่อยู่ในระบบได้ ข้อมูล (ใบประกอบวิชาชีพ วุฒิการศึกษา ข้อมูลการอบรม/วุฒิบัตร การปฏิบัติราชการวันลา และประวัติส่วนตัว) ของข้าราชการ ลูกจ้างประจำพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) ที่อยู่ในระบบHROPS มีความถูกต้อง สมบูรณ์ (100%) และทันเวลา ข้อมูลข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) ในระบบ HROPSมีรายงานสถานการณ์กำลังคน ถูกต้องตรงกับการปฏิบัติงานจริง <p>ความสำเร็จระดับ 5 ปีงบประมาณ 2566มีข้อมูลบุคลากรทั้ง 5 ประเภทในระบบ HROPS ครบทุกราย 100% และมีความถูกต้อง 100% ในประเด็นที่</p>





	กำหนด (ใบประกอบวิชาชีพวุฒิการศึกษา ข้อมูลการอบรม/วุฒิบัตร เงินเดือน การปฏิบัติราชการวันลาและประวัติส่วนตัวลำดับในกระทรวงแจ้ง		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	
ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ข้อมูลบุคลากร ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)ระบบสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ และทันเวลา สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และบุคลากรทุกรายเข้าถึงข้อมูลผ่านระบบ Non-HR		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพ (รพช./สสอ.) จำนวน 25 อำเภอ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ การตรวจสอบข้อมูลจากระบบ และการนำไปใช้ประโยชน์		
แหล่งข้อมูล	ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566		
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566			
รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2565 – 31 มี.ค. 2566)			
รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2566- 31 ส.ค. 2566)			
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
1 คะแนน	- รายงานสถานการณ์กำลังคนตามปฏิบัติงานจริงของหน่วยงาน ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 - มีรหัสผู้ใช้ระบบ HROPS ของหน่วยงาน เป็นปัจจุบัน		
1 คะแนน	-บุคลากรทุกประเภท ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) สมัครเข้าใช้ระบบ Non-Hr ครบทุกราย (100%)		
1 คะแนน	บุคลากรทุกประเภท ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) เข้าถึงข้อมูลและพิมพ์ ก.พ.7 ได้จากระบบ Non-Hrครบทุกราย (100%) พร้อมทั้งลงนามรับรองข้อมูลของตนเอง		
1 คะแนน	- รายงานสถานการณ์กำลังคนตามปฏิบัติงานจริงของหน่วยงาน ณ วันที่ 1 เมษายน 2566 - ปรับปรุงข้อมูล ได้แก่ ใบประกอบวิชาชีพ วุฒิการศึกษา ข้อมูลการอบรม/วุฒิบัตรการปฏิบัติราชการและประวัติส่วนตัว ของบุคลากรทุกประเภท ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ได้ถูกต้อง สมบูรณ์ครบทุกราย		
1 คะแนน	- บันทึกข้อมูลวันลา ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) 1 ต.ค.65 – 31 มีนาคม 2566 และ 1 เม.ย. 66– 30 ก.ย. 2566 ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน		
นำคะแนนแต่ละข้อรวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)			

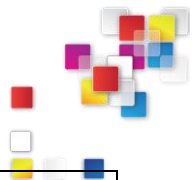




วิธีการประเมิน	ประเมินโดยตรวจสอบระบบข้อมูล HROPS
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางธิดารัตน์ บุญทรง (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 089-626-9853 E mail thidarat.b@hotmail.co.th
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1.นางธิดารัตน์ บุญทรง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 089-626-9853 2.นางสาวชรินทร์รัตน์ โทณะพันธ์ ตำแหน่ง วิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 081-999-5512 E-mail : charinrat.ssjubn@gmail.com 3.นางสาวพลอยนลิน คำคุณ ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ: 088 581-1198 E-mail : nuvareka@gmail.com กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

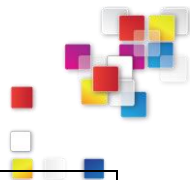
ยุทธศาสตร์ที่ 3	People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
แผนงานที่ 10	การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ 2	โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 52)	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ และเป็นต้นแบบ (ระดับอำเภอ) (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	องค์กรแห่งความสุข หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ ได้แก่ สสจ. รพศ.รพท. รพช. และ สสอ. (รพ.สต. นับรวมกับ สสอ.) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1 คะแนนรายละเอียด คือ 1. มีการมอบหมายตัวชี้วัด ระบุผู้รับผิดชอบชัดเจนจัดประชุมชี้แจง รายละเอียดการดำเนินงานด้านดัชนีความสุขของบุคลากร (Happinometer) และความสุขขององค์กร (Happy Public Organization : HPI) 2. มีการประเมินความสุขของบุคลากรโดยใช้เครื่องมือ(Happinometer) และผู้บริหารประเมินความสุขขององค์กรโดยใช้เครื่องมือ(Happy Public





	<p>Organization : HPI) โดยมีกลุ่มเป้าหมายตอบแบบประเมิน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ขึ้นไป</p> <p>2 คะแนน รายละเอียด คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขระดับอำเภอ มีรายงานการประชุมกรรมการ 2. มีการวิเคราะห์ผล และแปลผลความสุขของบุคลากร (Happinometer) และความสุขขององค์กร (Happy Public Organization : HPI) <p>3 คะแนน รายละเอียด คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นำผลการวิเคราะห์มาดำเนินการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข(HPI) และพัฒนาความสุขของบุคลากร (Happinometer) โดยมีมิติในด้านที่บกพร่อง 2.มีการดำเนินงานตามแผน โดยกำหนดวิธีการดำเนินงานในการ ประเมินผลความสำเร็จของแผนงานโครงการที่ชัดเจน <p>4 คะแนน รายละเอียด คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการสรุปความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ 2. มีการรายงานผลความสำเร็จของโครงการ ปัญหา อุปสรรค และถอดบทเรียนในแต่ละกิจกรรมตามแผนที่ดำเนินการ และจัดทำเป็นรูปแบบวิชาการ KM ได้แก่ Success story telling, Bright spot, World Café Method เป็นต้น <p>5 คะแนน รายละเอียด คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นองค์กรที่มีค่าคะแนนในระดับยอดเยี่ยม เป็นองค์กรแห่งความสุขตามเกณฑ์ HPIมีการคัดเลือกผลงานหรือโครงการที่ดำเนินการ เป็นวิชาการ 1 เรื่อง ในรูปแบบ KM ได้แก่ Success story telling, Bright spot เพื่อเตรียมส่งผลงานวิชาการเข้าประกวดเวทีวิชาการทุกประเภท 		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ตัวชี้วัดสำคัญ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ และเป็นต้นแบบ (ระดับอำเภอ)	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อนำผลการประเมินHPI และ Happinometer มาใช้พัฒนาองค์กร พัฒนาบุคลากร การบริหารงานและส่งเสริมความสุขบุคลากร 2. เพื่อพัฒนาหน่วยงานให้เป็นองค์กรแห่งความสุขตามเกณฑ์มาตรฐาน 		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดังรายละเอียดต่อไปนี้</p> <p>1. การบันทึกแบบประเมิน Happinometer : บุคลากรทุกคนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกคน ได้แก่ ข้าราชการ, พนักงานกระทรวง, ลูกจ้างประจำ, พนักงานราชการ, ลูกจ้างชั่วคราว (ไม่รวมลูกจ้างโครงการและพนักงานจ้างเหมา) โดยนับจำนวนบุคลากรที่เข้าไปบันทึกแบบประเมิน Happinometer ของกระทรวงฯที่จัดทำขึ้น มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป</p>		





	<p>2. การบันทึกแบบประเมิน HPI : ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน เข้าไปบันทึกแบบประเมิน HPI ของกระทรวงฯ</p> <p>การนับหน่วยงานองค์กรความสุข (HPI)</p> <p>1. นับหน่วยงานที่ดำเนินการพัฒนาองค์กรความสุข (HPI) : ซึ่งหน่วยงานที่นับจำนวน มีดังนี้</p> <p>1.1 สสจ.อบ./รพศ./รพท./รพช. รวมจำนวน 27 หน่วยงาน</p> <p>1.2 สสอ. จำนวน 25 หน่วยงาน</p> <p>รวมหน่วยงานทั้งหมดในจังหวัดอุบลฯ ที่ต้องดำเนินการ HPI คือ 52 หน่วยงาน</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากการกรอกแบบสอบถามผ่าน Online base หรือ Mobile App based ของกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการกรอกโปรแกรมแบบสอบถามของกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูลที่ 1	A : จำนวนบุคลากรที่กรอกแบบประเมิน ประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)
รายการข้อมูลที่ 2	B : จำนวนบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณ	ร้อยละการตอบแบบประเมิน Happinometer = $(A/B) \times 100$
รายการข้อมูลที่ 3	C=นับจำนวน ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน เข้าไปกรอกแบบประเมิน HPI ของกระทรวงฯ
รายการข้อมูลที่ 4	D=จำนวนผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน ทั้งหมดของหน่วยงาน
สูตรคำนวณ	ร้อยละการตอบแบบประเมิน HPI = $(C/D) \times 100$
รายการข้อมูลที่ 5	E=จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข
รายการข้อมูลที่ 6	F=จำนวนหน่วยงานทั้งหมด
สูตรคำนวณ	ร้อยละองค์กรแห่งความสุข = $(E/F) \times 100$
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566

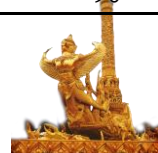
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

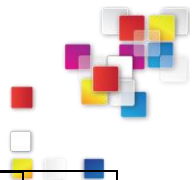
รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)

รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)

เป้าหมายการกรอกข้อมูลตามเครื่องมือ ปี 2566

หน่วยงาน	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย HPI และ Happinometer		
		ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
สสจ.	90%	80	85	90
โรงพยาบาลศูนย์	90%	80	85	90
โรงพยาบาลทั่วไป	90%	80	85	90





โรงพยาบาลชุมชน	90%	80	85	90
สสอ.	90%	80	85	90
รพ.สต.	90%	80	85	90

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

2 คะแนน รายละเอียด คือ

1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขระดับอำเภอ มีรายงานการประชุมกรรมการ

2. มีการวิเคราะห์ผล และแปลผลความสุขของบุคลากร(Happinometer) และความสุขขององค์กร (Happy Public Organization : HPI)

3 คะแนน รายละเอียด คือ

1. นำผลการวิเคราะห์มาดำเนินการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข(HPI) และพัฒนาความสุขของบุคลากร (Happinometer) รายมิติในด้านที่บกพร่อง

2. มีการดำเนินงานตามแผน โดยกำหนดวิธีการดำเนินงานในการประเมินผลความสำเร็จของแผนงานโครงการที่ชัดเจน

4 คะแนน รายละเอียด คือ

1. มีการสรุปความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

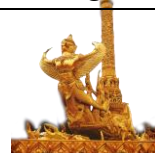
2. มีการรายงานผลความสำเร็จของโครงการ ปัญหา อุปสรรค และถอดบทเรียนในแต่ละกิจกรรมตามแผนที่ดำเนินการ และจัดทำเป็นรูปแบบวิชาการ KM ได้แก่ Success story telling, Bright spot, World Café Method เป็นต้น

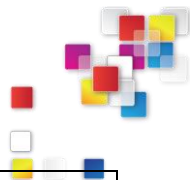
5 คะแนน รายละเอียด คือ

1. เป็นองค์กรที่มีค่าคะแนนในระดับยอดเยี่ยม เป็นองค์กรแห่งความสุขตามเกณฑ์ HPIมีการคัดเลือกผลงานหรือโครงการที่ดำเนินการ เป็นวิชาการ 1 เรื่อง ในรูปแบบ KM ได้แก่ Success story telling, Bright spot เพื่อเตรียมส่งผลงานวิชาการเข้าประกวดเวทีวิชาการทุกประเภท

ค่าคะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	ผ่านระดับที่ 1
2 คะแนน	ผ่านระดับที่ 1-2
3 คะแนน	ผ่านระดับที่ 1-3
4 คะแนน	ผ่านระดับที่ 1-4
5 คะแนน	ผ่านระดับที่ 1-5

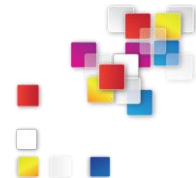
เอกสารสนับสนุน	เอกสารอ้างอิงรายละเอียด HPI และ Happinometer ของ สสจ. และกระทรวงสาธารณสุข
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางธิดารัตน์ บุญทรง (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 089-626-9853 E mail thidarat.b@hotmail.co.th





หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1 : นางเกตุศิรินทร์ นิมพลี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 081-966-6632 E mail Ketsirind@hotmail.com 2 : นางธิดารัตน์ บุญทรง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 089-626-9853 E mail thidarat.b@hotmail.co.th กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

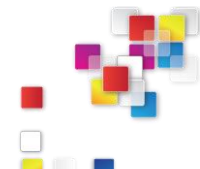




Governance Excellence

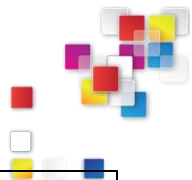
บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล



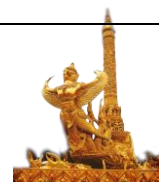


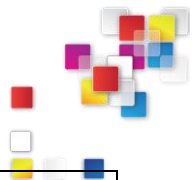
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนงานที่ 11	การพัฒนาธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 1	โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 53)	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หน่วยงานราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) เป็นไปภายใต้แนวคิดยิ่งเปิดเผยยิ่งโปร่งใส (More open, more transparent) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุมการปฏิบัติราชการในทุกมิติของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้ ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามที่ปฏิทินกำหนด จำแนกเป็น 9 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล MOIT จำนวน 2 ข้อ (2) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ MOIT จำนวน 3 ข้อ (3) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล MOIT จำนวน 3 ข้อ (4) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส MOIT จำนวน 3 ข้อ (5) ตัวชี้วัดการรับสินบน MOIT จำนวน 2 ข้อ (6) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ MOIT จำนวน 1 ข้อ (7) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต MOIT จำนวน 5 ข้อ (8) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน MOIT จำนวน 1 ข้อ (9) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร MOIT จำนวน 2 ข้อ <p style="text-align: center;">รวมจำนวน 22 ข้อ</p>





เกณฑ์เป้าหมาย (สะสม)		
ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
หน่วยงานผ่านเกณฑ์ร้อยละ 92	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ร้อยละ 92	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ร้อยละ 92
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้รับทราบถึงสถานะและปัญหาการดำเนินงาน ด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน</p> <p>2. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค นำมาตรการการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ มาบังคับใช้ และปฏิบัติอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร</p> <p>3. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้มีการจัดการข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบระเบียบ เตรียมความพร้อมในการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะให้ได้รับทราบและส่งเสริมให้เกิดการตรวจสอบ</p>	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 แห่ง</p> <p>2. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 4 แห่ง</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 25 แห่ง</p> <p>4. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 22 แห่ง</p>	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมายที่ตอบคำถามและแนบเอกสาร / หลักฐาน ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT)</p> <p>ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) และให้คะแนนการประเมินตามรอบการประเมิน 4 ไตรมาส ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)</p>	
แหล่งข้อมูล	<p>1. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT)</p> <p>2. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)</p>	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (OIT) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 92 (ใน 1 ปี)	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (52 หน่วยงาน)	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
แหล่งข้อมูล	กลุ่มกฎหมาย	





	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) 1. ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) 2. ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ประเมินรอบที่ 1 ณ วันที่ 31 มี.ค.66 3. ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี) 4. ไตรมาสที่ 4 รอบ 12 เดือน (เดือนกันยายนของทุกปี) ประเมินรอบที่ 2 ณ วันที่ 31 ส.ค.66

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
92.00	ร้อยละ	100.00	98.08	100.00

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

วิธีประเมินผล

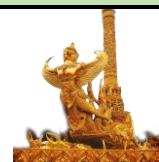
หน่วยงานจำนวน 52 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) ผ่าน เกณฑ์การประเมินในแต่ละรอบไตรมาส ดังนี้

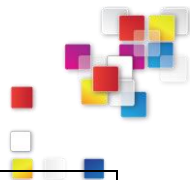
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ความสำเร็จระดับ 5

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี2566

ประเมินรอบที่ 1	
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	(MOIT ผ่านอย่างน้อย 1-5 ข้อ)
2 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 55 (MOITผ่าน 10 ข้อขึ้นไป)
3 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 82 (MOITผ่าน 14 ข้อขึ้นไป)
4 คะแนน	ผ่านระดับคะแนนที่ 3 และ ไม่มี จนท.ถูกชี้มูลทุจริต
5 คะแนน	ผ่านระดับคะแนนที่ 3 และไม่มี จนท.ถูกชี้มูลทุจริต +ไม่มี จนท.ถูกลงโทษฐานทุจริต

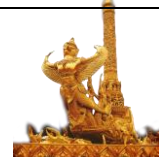
ประเมินรอบที่ 2	
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 82 (MOITผ่าน 14 ข้อขึ้นไป)
2 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 84 (MOITผ่าน 15 ข้อขึ้นไป)
3 คะแนน	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 87 (MOITผ่าน 16 ข้อขึ้นไป)
4 คะแนน	ผ่านระดับคะแนนที่ 3 และไม่มี จนท.ถูกชี้มูล (MOITผ่าน 19 ข้อขึ้นไป)
5 คะแนน	ผ่านระดับคะแนนที่ 3 และไม่มี จนท.ถูกชี้มูลทุจริต +ไม่มี จนท.ถูกลงโทษฐานทุจริต

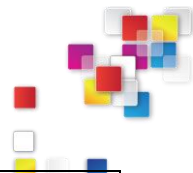




วิธีการประเมินผล	1. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) 2. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายประเทือง คำภานันต์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เบอร์โทร. 089-585-1157 อีเมลล์ prathuang157@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1.นายพิทักษ์ มูลประดับ ตำแหน่ง นิติกรชำนาญการ เบอร์โทร. 091-831-226 อีเมลล์ pitakubon1 @gmail.com 2.นางสาวอภิรดี จิตรแสง ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ เบอร์โทร. 088-595-3953 อีเมลล์ apiradee.29@hotmail.com กลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

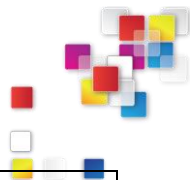
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนงานที่ 11	การพัฒนาธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 1	โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 54)	ระดับความสำเร็จการประเมินการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายใน หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2566 (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	การประเมินประสิทธิภาพการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ เป็นการประเมินระบบการควบคุมกำกับการทำงานให้มีความโปร่งใส ในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง กระบวนการการเบิกจ่ายเงินให้มีความโปร่งใส



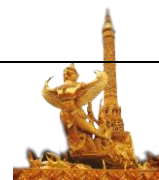


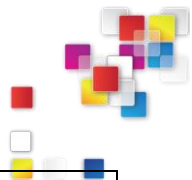
	<p>สามารถตรวจสอบได้ทุกมิติ โดยมีการประเมิน 5 มิติ ได้แก่ มิติด้านการเงิน มิติด้านจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล มิติด้านงบการเงิน มิติด้านบริหารพัสดุ และมิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง</p> <p>ระดับความสำเร็จ หมายถึง ขั้นตอนการดำเนินงานประเมินการ ตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายในหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ 2566 มีขั้นตอนการ ดำเนินงาน 5 ขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานระบบ ตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ ของหน่วยงานโดยแนบคำสั่งในระบบตรวจสอบ อัตโนมัติ 5 มิติ 2. หน่วยงานแนบไฟล์เอกสาร ตามหัวข้อแบบประเมินประสิทธิภาพการเงิน การคลังที่กำหนด ในแต่ละมิติ ในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 3. ผู้ตรวจสอบภายในที่ได้รับการแต่งตั้งของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควบคุม กำกับติดตาม ให้หน่วยบริการประเมินในภายในเวลาที่กำหนด (1 ธ.ค.65-31 มี.ค.66) 4. ผู้ตรวจสอบภายในระดับกระทรวง/เขต ตรวจสอบผลการประเมินในระบบ ตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ และแจ้งผลการประเมินให้หน่วยบริการทราบ (15 ก.ค.66 เป็นต้นไป) 5. หน่วยบริการที่มีผลการประเมินต่ำกว่าร้อยละ 90 ต้องจัดทำแผนพัฒนา องค์กรและส่งในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ) 								
เกณฑ์เป้าหมาย									
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="121 1249 563 1305">ปีงบประมาณ 2566</td> <td data-bbox="563 1249 1015 1305">ปีงบประมาณ 2567</td> <td data-bbox="1015 1249 1477 1305">ปีงบประมาณ 2568</td> </tr> <tr> <td data-bbox="121 1305 563 1406">ความสำเร็จระดับ 5 (มากกว่าร้อยละ 90)</td> <td data-bbox="563 1305 1015 1406">ความสำเร็จระดับ 5 (มากกว่าร้อยละ 92)</td> <td data-bbox="1015 1305 1477 1406">ความสำเร็จระดับ 5 (มากกว่าร้อยละ 95)</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ความสำเร็จระดับ 5 (มากกว่าร้อยละ 90)	ความสำเร็จระดับ 5 (มากกว่าร้อยละ 92)	ความสำเร็จระดับ 5 (มากกว่าร้อยละ 95)			
ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568							
ความสำเร็จระดับ 5 (มากกว่าร้อยละ 90)	ความสำเร็จระดับ 5 (มากกว่าร้อยละ 92)	ความสำเร็จระดับ 5 (มากกว่าร้อยละ 95)							
วัตถุประสงค์	เพื่อสร้างระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุม กำกับงานด้านระบบกระบวนการ ภายในให้เกิดความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินตามเกณฑ์								
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี								
รายการข้อมูล 1	A= หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลการตรวจสอบ								
รายการข้อมูล 2	B= หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A}{B} \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566								





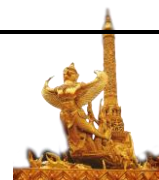
วิธีการประเมินผล :	ประเมินโดยการตรวจสอบเอกสาร หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	73.23	89.18	81.38
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566				
รอบที่ 1 (1 ตค. 2565 – 31 มีค. 2566)				
รอบที่ 2 (1 เมย. 2566- 31 สค. 2566)				
1. หน่วยบริการมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ ของหน่วยงาน โดยแนบคำสั่งในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ				
2. หน่วยงานแนบไฟล์เอกสาร ตามหัวข้อแบบประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังที่กำหนด ในแต่ละมิติ ในระบบตรวจสอบอัตโนมัติ				
3. ผ่านเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 90 จำนวน 2 มิติ				
4. ผ่านเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 90 จำนวน 4 มิติ				
5. ผ่านเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 90 จำนวน 5 มิติ				
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
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			
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยตรวจสอบระบบข้อมูล HROPS			
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นายพิทักษ์ ทองทวน ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป โทร. 089-7226501 อีเมลล์ tuk_ubon@hotmail.com กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1.นายอดิศักดิ์ ชามาตย์ หัวหน้างานตรวจสอบและควบคุมภายใน โทร. 082-159-1889 อีเมลล์ Adisak.ubon2514@gmail.com กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			

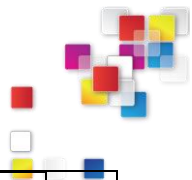




	2.นางสาวโสภิญ์สุดา แสงเกาะ ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-4524-2225 ต่อ 212 โทรศัพท์มือถือ : 084-334-9939 โทรสาร : 0-4524-3301 E-mail : s.sopitsuda@gmail.com กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
--	---

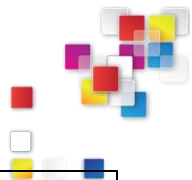
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)												
แผนงานที่ 11	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ												
โครงการที่ 2	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ												
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์												
ชื่อตัวชี้วัด (R 55)	ระดับความสำเร็จดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) หน่วยงานระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5)												
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน												
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 25 แห่ง หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภออยู่ภายใต้การกำกับ ติดตามผล ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 บุคลากร หมวด 6 การปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยสำนักงานสาธารณสุขดำเนินการในปี 2566- 2570 ดังนี้</p> <p>จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี ให้สาธารณสุขอำเภอดำเนินการตามลำดับในหมวดที่โดดเด่น แต่ละปี ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th> <th colspan="2">หมวดที่โดดเด่น</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2566</td> <td>2 หมวด</td> <td>บังคับหมวด 2 ส่วนราชการเลือกหมวดที่พร้อมอีก 1 หมวด</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td>1 หมวด</td> <td>ส่วนราชการเลือกดำเนินการ</td> </tr> <tr> <td>2568</td> <td>1 หมวด</td> <td>ตามหมวดที่พร้อม</td> </tr> </tbody> </table>	พ.ศ.	หมวดที่โดดเด่น		2566	2 หมวด	บังคับหมวด 2 ส่วนราชการเลือกหมวดที่พร้อมอีก 1 หมวด	2567	1 หมวด	ส่วนราชการเลือกดำเนินการ	2568	1 หมวด	ตามหมวดที่พร้อม
พ.ศ.	หมวดที่โดดเด่น												
2566	2 หมวด	บังคับหมวด 2 ส่วนราชการเลือกหมวดที่พร้อมอีก 1 หมวด											
2567	1 หมวด	ส่วนราชการเลือกดำเนินการ											
2568	1 หมวด	ตามหมวดที่พร้อม											





	<table border="1"> <tr> <td>2569</td> <td>1 หมวด</td> <td rowspan="2">ปีละ 1 หมวด (ในหมวด 1,3,4,5,6)</td> </tr> <tr> <td>2570</td> <td>1 หมวด</td> </tr> </table>	2569	1 หมวด	ปีละ 1 หมวด (ในหมวด 1,3,4,5,6)	2570	1 หมวด										
2569	1 หมวด	ปีละ 1 หมวด (ในหมวด 1,3,4,5,6)														
2570	1 หมวด															
	<p>ดำเนินการประเมินองค์การด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 จำนวน 6 หัวข้อ ครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดในแต่ละหัวข้อเป็น 2 ตัวชี้วัด รวม 36 ตัวชี้วัด รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนา คุณภาพและรูปแบบบริการ ภายในระยะเวลาที่กำหนด จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ ปี 2566 บังคับ หมวดที่ 2 การ วางแผนเชิงยุทธศาสตร์ ทั้งนี้ กลุ่มพัฒนางานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ได้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์การ โดยสนับสนุนให้หน่วยงาน ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระดับพื้นฐาน (Certified FL) ครบทุกหน่วยงานแล้ว และจะสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาสู่ความ โดดเด่นรายหมวด ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562</p>															
เกณฑ์เป้าหมาย																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปีงบประมาณ 2566</th> <th>ปีงบประมาณ 2567</th> <th>ปีงบประมาณ 2568</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับความสำเร็จดำเนินการพัฒนา คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) หน่วยงานระดับอำเภอ</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5 (31-40%) 300 คะแนน</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5 (41-50%) 400 คะแนน</td> <td>ความสำเร็จระดับ 5 (41-50%) 500 คะแนน</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ระดับความสำเร็จดำเนินการพัฒนา คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) หน่วยงานระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5 (31-40%) 300 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 5 (41-50%) 400 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 5 (41-50%) 500 คะแนน							
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568													
ระดับความสำเร็จดำเนินการพัฒนา คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) หน่วยงานระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5 (31-40%) 300 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 5 (41-50%) 400 คะแนน	ความสำเร็จระดับ 5 (41-50%) 500 คะแนน													
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้ สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการ บ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 มาใช้เป็น แนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็น บรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด (หน่วยบริหาร) 															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 25 แห่ง															
วิธีการจัดเก็บข้อมูล																
1.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ (แบบฟอร์ม 1) ได้ครบถ้วน <u>ส่งออนไลน์ ภายในวันที่ 10 มกราคม 2566</u>																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.20 คะแนน</td> <td>0.40 คะแนน</td> <td>0.60 คะแนน</td> <td>0.80 คะแนน</td> <td>1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>5 คำถาม</td> <td>7 คำถาม</td> <td>9 คำถาม</td> <td>11 คำถาม</td> <td>13 คำถาม</td> </tr> </tbody> </table>		เกณฑ์การให้คะแนน					0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม
เกณฑ์การให้คะแนน																
0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน												
5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม												
เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (interval)																





2.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 ในหมวด 1 – 6 ได้ครบถ้วน (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566

โอกาสในการปรับปรุง (OFI)

- ไม่ครบ 6 หมวด (0.5 คะแนน)
- ครบทั้ง 6 หมวด (1 คะแนน)

3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ (แบบฟอร์ม 4) จัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566

- ตัวชี้วัด 7 หมวดผลลัพธ์การดำเนินงานตามหัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัด
 - ดำเนินการไม่ครบ (18 ข้อ) (0.25 คะแนน)
 - ดำเนินการครบ 18 ข้อ (36 ตัวชี้วัด) (0.50 คะแนน)
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรายงานผลลัพธ์การดำเนินงาน (แบบฟอร์ม 4) ตามหัวข้อ 7.1-7.6 รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 4 เมษายน 2566 และประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 รับการประเมินจากทีมตรวจประเมินฯ จากจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีผลการดำเนินงานดังนี้
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รายงานผลลัพธ์การดำเนินงาน (แบบฟอร์ม 4) ตามหัวข้อ 7.1 – 7.6 รอบ 9 เดือน และ 12 เดือน . ส่งภายในวันที่ 26 กันยายน 2566
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่น ในหมวดที่ดำเนินการ (แบบฟอร์ม 5.2) รอบ 9 เดือน ภายในวันที่ 26 กันยายน 2566

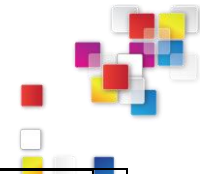
แหล่งข้อมูล	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/
รายการข้อมูลที่ 1	A คือ ผลการดำเนินงานจากทีมประเมินฯ
รายการข้อมูลที่ 2	B คือ คะแนนรวม(1000)
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานที่ให้ข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

ค่าเป้าหมายผลงาน ปี 2566

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ ผ่านระบบออนไลน์ 2. ประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์ PMQA หมวด 1-6 3. สาธารณสุขอำเภอ กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ หัวข้อละ 2 ตัวชี้วัด รวม 36 ตัวชี้วัด	1. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ 2. รับประเมินและติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินการ เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 6 เดือน โดยทีมตรวจประเมินฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผ่าน	1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม4) รอบ 9 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ 2. ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 9 เดือน โดยทีมตรวจประเมินฯ	1.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 12 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ 2. รับตรวจประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านระบบและรับตรวจในระดับพื้นที่





จัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566	ระบบออนไลน์ รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 4 เมษายน 2566	3.รายงานผลจัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ ส่งภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2566	
--	---	---	--

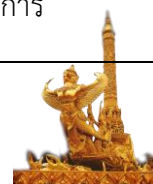
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566)

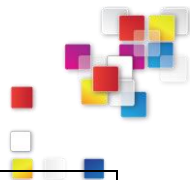
ค่าคะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	1.สาธารณสุขอำเภอจัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 1) ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566 2. สาธารณสุขอำเภอประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 (แบบฟอร์ม 2) ส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566 3. สาธารณสุขอำเภอกำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัด รวม 36 ตัวชี้วัด(แบบฟอร์ม 4) และจัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566
2 คะแนน	สาธารณสุขอำเภอรายงานความก้าวหน้ารอบ 6 เดือน ภายใน 31 มีนาคม 2566
3 คะแนน	สาธารณสุขอำเภอรายงานความก้าวหน้าต่อทีมประเมินสาธารณสุขจังหวัด ผ่านระบบออนไลน์ ผลการดำเนินงาน ที่ระดับ 31-40% (300-400)
4 คะแนน	สาธารณสุขอำเภอรายงานความก้าวหน้าต่อทีมประเมินสาธารณสุขจังหวัด ผ่านระบบออนไลน์ ผลการดำเนินงาน ที่ระดับ 41-50%(400-500)
5 คะแนน	สาธารณสุขอำเภอรายงานความก้าวหน้าต่อทีมประเมินสาธารณสุขจังหวัด ผ่านระบบออนไลน์ ผลการดำเนินงาน ที่ระดับ มากกว่า 50% (500ขึ้นไป)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566)

ค่าคะแนน	เกณฑ์ประเมิน
1 คะแนน	สาธารณสุขอำเภอรายงานผลการดำเนินงานตามกำหนดเวลารอบ 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน
2 คะแนน	สาธารณสุขอำเภอรายงานผลการดำเนินงานในหมวดที่โดดเด่นครบ 2 หมวด
3 คะแนน	สาธารณสุขอำเภอรายงานความก้าวหน้าต่อทีมประเมินสาธารณสุขจังหวัด ผลการดำเนินงาน ที่ระดับ 31-40% (300-400)
4 คะแนน	รับการประเมินจากทีมตรวจประเมินฯ จากจังหวัดอุบลราชธานี ที่ระดับ 41-50% (400-500)
5 คะแนน	ผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 รับการประเมินจากทีมตรวจประเมินฯ . ที่ระดับ มากกว่า 50% 500 ขึ้นไป)

วิธีการประเมิน	1. ผ่านระบบ E-Report 2. ผลลัพธ์ของการดำเนินการ จากทีมตรวจประเมิน
เอกสารสนับสนุน	1. http://www.opdc.go.th/ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน ชื่อ นายปรีชา ทองมูล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

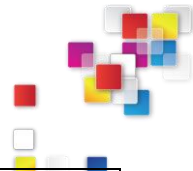




	เบอร์โทร : โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 331 โทรศัพท์มือถือ : 089-722-8810 อีเมลล์ p_thongmoon@yahoo.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1.ชื่อ นางกนกวรรณ กุแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์โทร : 081-730-4585 อีเมลล์ : kanokwan116@hotmail.com 2.ชื่อ นางพิชญภา ฮงทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทร : 094-985-5964 อีเมลล์ : a_pitchayapa@hotmail.com Line ID 0632959319

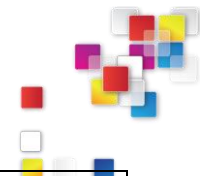
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนงานที่ 11	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ 2	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 56)	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ HA ขึ้นมาตรฐาน (1) รพ.ระดับ A S M1 (ร้อยละ100) (2) รพ.ระดับ M2 F1-3 (ร้อยละ 90) (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง - โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข HA : Hospital Accreditation หมายถึง โรงพยาบาลที่ผ่านกระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง ดังนี้





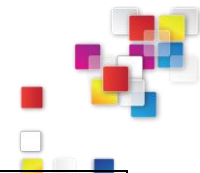
<p>- การรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นที่ 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดังกล่าว</p> <p>- การรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นที่ 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์กระบวนการรับรองคุณภาพ ขั้นที่ 2</p> <p>- การรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นมาตรฐาน หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มต้นด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยงเป็นองค์กรเรียนรู้/ มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้อย่างครบถ้วน ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ ขั้นมาตรฐาน อย่างต่อเนื่อง</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย			
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ HA ขั้นมาตรฐาน (รพศ/รพท. ร้อยละ100 รพช. ร้อยละ90)	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาหน่วยงานบริการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล จากการรายงานผลงานประจำไตรมาส			
แหล่งข้อมูล	รายงานผลงานจากทุกโรงพยาบาล		
รายการข้อมูลที่ 1	A=จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จ ระดับ 5		
รายการข้อมูลที่ 2	B=จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง		
รายการข้อมูลที่ 3	C=จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จ ระดับ 5		
รายการข้อมูลที่ 4	D=โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง		
สูตรคำนวณ	1.รพศ/รพท. ผ่านเกณฑ์ = $(A/B) \times 100$ 2.รพช. ผ่านเกณฑ์ = $(C/D) \times 100$		
หน่วยงานที่ให้ข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ		





	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566)	
ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	1. มีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (0.25 คะแนน) 2. มีรายงานการประชุมทบทวน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ ปรับปรุงวิสัยทัศน์ พันธกิจ มีการคัดเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญและสอดคล้องกับบริบท (0.25คะแนน) 3. มีการปรับปรุง Hospital Profile ให้เป็นปัจจุบัน(SAR 2022) (0.25คะแนน) 4. มีการจัดทำผังควบคุมกำกับติดตามการดำเนินงานของโรงพยาบาลตามกำหนดช่วงเวลา Time Line ประจำปี 2566 (0.25คะแนน)
1 คะแนน	5. มีการจัดทำผังควบคุมกำกับติดตามความก้าวหน้าของทีมต่างๆ (0.25คะแนน) 6. มีแผนปฏิบัติงานและมีโครงการพัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาล ที่สอดคล้องกับโอกาสพัฒนา ขององค์กร (0.25คะแนน) 7. มีการประกาศนโยบายความปลอดภัย (3P Safety :Patient Personnel & People Safety) อย่างเปิดเผย (0.25คะแนน) 8. มีแนวทางกำกับติดตามเฝ้าระวังผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดมาตรฐานสำคัญจำเป็น ต่อความปลอดภัยของโรงพยาบาล (0.25คะแนน)
1 คะแนน	9. มีการรายงานความก้าวหน้าตาม Recommendation ของ สรพ. (0.25คะแนน) 10. มีการทบทวน 12 กิจกรรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (0.5คะแนน) 11. มีกระบวนการส่งเสริมให้มีการพัฒนาปรับปรุงผลการดำเนินงาน ให้ดีขึ้น(CQI) อย่างน้อยทุกหน่วยงานๆละอย่างน้อย 12 กระบวนการ (0.25คะแนน)
1 คะแนน	12. มีการควบคุมกำกับ/ติดตาม ผลการดำเนินงานให้เป็นไปตาม Time Line ที่กำหนด ของแต่ละ รพ. ร้อยละ 80 (0.25คะแนน) 13. มีผลงานนำเสนอผลงานวิชาการ นำเสนอในระดับจังหวัด - จำนวนน้อยกว่า 3 เรื่อง (0.25คะแนน) - จำนวน 4 เรื่องขึ้นไป (0.50คะแนน) 14. มีผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 90 (0.25คะแนน)
1 คะแนน	15. รพ.ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพหรืออัตรการกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ระดับมาตรฐาน จาก สรพ. (0.5คะแนน) 16. มีผลงานนำเสนอผลงานวิชาการ นำเสนอในระดับเขตขึ้นไปอย่างน้อย 1 เรื่อง (0.5คะแนน)
นำคะแนนที่ได้ รวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
วิธีการประเมิน	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด นำคะแนนมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)
เอกสารสนับสนุน	1.คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

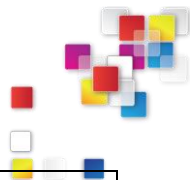




	2.แบบฟอร์มเอกสารจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน ชื่อ นายปรีชา ทองมูล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ เบอร์โทร : โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4524 4801 ต่อ 331 โทรศัพท์มือถือ : 089-722-8810 อีเมลล์ p_thongmoon@yahoo.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางพิชญภา สงทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทร : 094-985-5964 อีเมลล์ : a_pitchayapa@hotmail.com Line ID : 0632959319

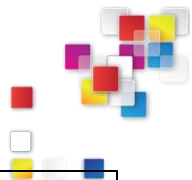
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนงานที่ 12	การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ลักษณะ	ประเมินผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 57)	ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./สสข. ในสังกัด สป.) ที่ติดตั้งและใช้งานระบบ Smart Refer (ร้อยละ 100)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1.25 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง รพ.สต./สสข.ในสังกัด สป. ต้องมีการติดตั้งระบบ Smart Refer และมีการดำเนินงานตามนโยบาย การส่งข้อมูลตามระบบ Refer โดยใช้โปรแกรม Smart Refer มีการวางระบบ Refer ของหน่วยงานระดับลูกข่าย เชื่อมโยงระบบ Refer กับโรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาล Node ไปจนถึงโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี





เกณฑ์เป้าหมาย			
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./ สสช. ในสังกัด สป.) ที่ติดตั้งและใช้งานระบบ Smart Refer	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานระดับปฐมภูมิมีการวางระบบ Refer ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีการวางระบบ Smart Refer ตามนโยบาย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต./สสช.ในสังกัด สป. จำนวน 267 แห่ง (รพ.สต. 262 แห่ง สสช.5 แห่ง)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สสจ.อุบลราชธานี ติดตามการติดตั้งระบบ Smart refer หน่วยงาน รพ.สต. /สสช. ในสังกัด สป.และมีการตรวจสอบการใช้งานระบบจริง			
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.+ สสช.ในสังกัด สป.) ที่มีการติดตั้งระบบ smart refer และมีการใช้งานระบบจริง		
รายการข้อมูลที่ 2	B =จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.+ สสช.ในสังกัด สป.) ทั้งหมด		
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$		
หน่วยงานที่ให้ข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566		
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566)			
ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล		
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 85		
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 85 - 89		
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 90 - 94		
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 95 - 99		
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 100		
วิธีการประเมิน	ติดตามการติดตั้งระบบ/การนำไปใช้จริง		
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางทรรษา ชื่นชูผล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjobon@hotmail.co.th		

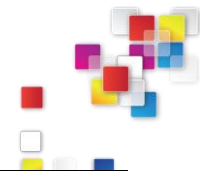




	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางหรรษา ชื่นชูผล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjobon@hotmail.co.th กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

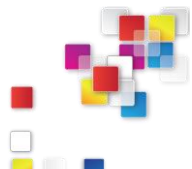
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนงานที่ 12	การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 58)	ระดับความสำเร็จการจัดระบบ Tele-Medicine ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 100) (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1.25 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>การจัดระบบ Tele-medicine หมายถึง การให้บริการด้านสาธารณสุขกับประชาชน โดยบุคลากรทางการแพทย์ ผ่านทางเทคโนโลยีและการสื่อสารแบบ Video conference เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันโรค โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้คำปรึกษา โดยผู้เชี่ยวชาญ สามารถวินิจฉัยสุขภาพโดยการพูดคุยและสอบถามอาการผู้ป่วย ผ่าน Video conference เพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัยที่บ้าน เพื่อวัดและเก็บข้อมูลสัญญาณชีพ ถ้าสัญญาณชีพที่ส่งมามีความผิดปกติผู้เชี่ยวชาญจะแจ้งให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันที 2. ใ้ข้อมูลสุขภาพ หรือให้คำปรึกษาโรค โดยผู้ใช้สามารถสืบค้นข้อมูล โดยผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ หรือปรึกษาออนไลน์กับผู้เชี่ยวชาญได้





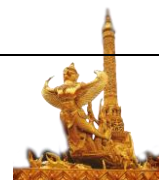
	4.เรียนรู้ทางการแพทย์ โดยระบบจะทำหน้าที่รวบรวมความรู้ ให้ผู้ใช้สืบค้นข้อมูลหรือเผยแพร่ข้อมูลความรู้ได้ ซึ่งเป็นแหล่งเรียนรู้และเผยแพร่ความรู้ให้กับแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ			
เกณฑ์เป้าหมาย โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านการประเมินระดับ 5				
	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
	ระดับความสำเร็จการจัดระบบ Tele-Medicine ในโรงพยาบาล	ความสำเร็จระดับ5	ความสำเร็จระดับ5	ความสำเร็จระดับ5
วัตถุประสงค์	โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการจัดให้บริการระบบ Tele-medicine อย่างน้อย 1 จุดบริการ <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้คำปรึกษา โดยผู้เชี่ยวชาญ สามารถวินิจฉัยสุขภาพโดยการพูดคุยและสอบถามอาการผู้ป่วย ผ่าน Video conference เพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัย 2. เฝ้าระวัง สุขภาพที่บ้าน โดยการนำอุปกรณ์ตรวจวัดต่าง ๆ ไปติดตั้งที่บ้าน เพื่อวัดและเก็บข้อมูลสัญญาณชีพ ถ้าสัญญาณชีพที่ส่งมามีความผิดปกติ ผู้เชี่ยวชาญจะแจ้งให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันที 3. ให้ข้อมูลสุขภาพ หรือให้คำปรึกษาโรค โดยผู้ใช้สามารถสืบค้นข้อมูล โดยผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ หรือปรึกษาออนไลน์กับผู้เชี่ยวชาญได้ 4. เรียนรู้ทางการแพทย์ โดยระบบจะทำหน้าที่รวบรวมความรู้ ให้ผู้ใช้สืบค้นข้อมูลหรือเผยแพร่ข้อมูลความรู้ได้ ซึ่งเป็นแหล่งเรียนรู้และเผยแพร่ความรู้ให้กับแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ /รพท./รพช.ทุกแห่ง (26 แห่ง)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สสจ.อุบลราชธานี ติดตามการติดตั้งระบบ และมีการตรวจสอบการใช้งานระบบจริง			
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีระบบบริการ Tele-medicine			
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	โรงพยาบาลที่มีระบบบริการ Tele-medicine = $(A / B) \times 100$ (เป้าหมาย 26 แห่ง)			
หน่วยงานที่ให้ข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566			
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566)				

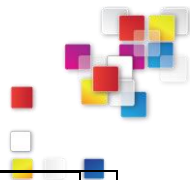




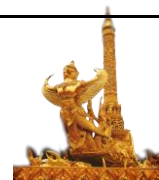
	ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
	1 คะแนน	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบ Tele-medicine สถานบริการ
	3 คะแนน	มีจุดบริการผ่านระบบ Tele-medicine อย่างน้อย 1 จุด (อุปกรณ์/เครื่องมือ)
	5 คะแนน	มีผลการดำเนินงานผ่านระบบ Tele-medicine ใช้งานได้จริงและเก็บข้อมูลการใช้
วิธีการประเมิน	ติดตามการติดตั้งระบบ/การนำไปใช้จริง	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางहरษา ชื่นชูผล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร. 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjobon@hotmail.co.th กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางहरษา ชื่นชูผล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjobon@hotmail.co.th กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	

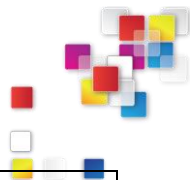
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนงานที่ 13	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่ 2	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 59)	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 4-7 (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	4 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้





ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์
1.1 CR < 1.5	1	CR = สินทรัพย์หมุนเวียน /หนี้สินหมุนเวียน
1.2 QR < 1.0	1	QR = เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสด และลูกหนี้ /หนี้สินหมุนเวียน
1.3 Cash < 0.8	1	Cash Ratio = เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด /หนี้สินหมุนเวียน
2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน
2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NWC < 0	1	เงินทุนหมุนเวียน = สินทรัพย์หมุนเวียน หัก หนี้สินหมุนเวียน
2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) NI < 0	1	ผลประกอบการสุทธิ = รายได้ - ค่าใช้จ่าย
3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน
3.1 มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอรับการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ)		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง สามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ
a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน	0	เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ
b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1	* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มีผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ
c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = 3 เดือน	2	
3.2 มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก)		
a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 6 เดือน	2	* กรณีมีกำไรจากผลการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน
b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน	1	
c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก < หรือ = 3 เดือน	0	
3.3 กรณี NWC ติดบวก & มี NI เป็นบวก	0	
3.4 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นลบ	2	
การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด		



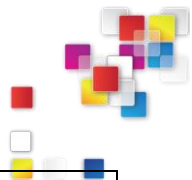


เกณฑ์เป้าหมาย			
ตัวชี้วัดสำคัญ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบ ภาวะวิกฤตทางการเงิน	ระดับ 7 = 0 ระดับ 4-6 = 0	ระดับ 7 = 0 ระดับ 4-6 = 0	ระดับ 7 = 0 ระดับ 4-6 = 0
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยบริการไม่ประสบภาวะวิกฤตด้านการเงิน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ /รพท./รพช.ทุกแห่ง (26 แห่ง)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงานสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลสังกัด สป. ที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) ทุกวันที่ 10 ของเดือนถัดไป		
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ		
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่มีวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7, ระดับ4-6		
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ โรงพยาบาลศูนย์,โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด		
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$ (โรงพยาบาลจำนวน 26 แห่ง)		
หน่วยงานที่ให้ข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ / ทีม CFO สนง.สสจ.อุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566		

ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2566 รายไตรมาส

มาตรการ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
1.หน่วยบริการมีและใช้ Plan-fin	มีแผน Plan-fin ครบ ทุกหน่วย	ใช้ Plan-fin เป็น เครื่องมือในการ บริหารหน่วยงาน	วิเคราะห์ส่วนต่าง แผนการเงินกับ รายงานทางการเงิน ระหว่าง ไตรมาส	สรุปเปรียบเทียบ แผนการเงินของปี กับรายงานการเงิน ประจำปี
2.มีกระบวนการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลัง	มีคำสั่งและมีการ ประชุม CFO	มีการประชุม วิเคราะห์ การเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลัง มีการประเมินอย่างต่อเนื่อง		
3.มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้	มีคำสั่งและมีการ ประชุม คณะกรรมการ จัดเก็บรายได้	มีการประชุม ติดตาม กำกับ การจัดเก็บรายได้ทุกกองทุนเป็นประจำ ทุกเดือน		





เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

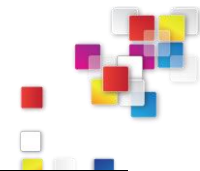
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566)

ลำดับ	กิจกรรมดำเนินงาน	เอกสารประกอบการประเมิน/คะแนนแต่ละกิจกรรม
1	มีการประชุมคณะกรรมการ CFO ทุกเดือน (2 คะแนน)	สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการ CFO ทุกเดือน = 2 คะแนน ทุก 2 เดือน = 1 คะแนน มีการประชุม = 0.5 คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน
2	มีการประชุมคณะกรรมการ ศูนย์รายได้ ทุกเดือน (2 คะแนน)	สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการ ศูนย์รายได้ ทุกเดือน = 2 คะแนน ทุก 2 เดือน = 1 คะแนน มีการประชุม = 0.5 คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน
3	การส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ทันเวลา (1 คะแนน)	ทันเวลา 100% = 1 คะแนน ไม่ทันเวลา = 0 คะแนน
4	หนี้สินลดลงตามเกณฑ์ (1 คะแนน)	ลดลงตามเกณฑ์ = 1 คะแนน ลดลงน้อยกว่าเกณฑ์ = 0 คะแนน
5	รายได้ตามเกณฑ์ ณ เดือนที่ ปิดบัญชีแล้ว (1 คะแนน)	รายได้ตามเกณฑ์ = 1 คะแนน รายได้ไม่ตามเกณฑ์ = 0 คะแนน
6	ค่าใช้จ่ายไม่เกินเกณฑ์ ณ เดือนที่ปิดบัญชีแล้ว (1 คะแนน)	ค่าใช้จ่ายไม่เกินเกณฑ์ = 1 คะแนน ค่าใช้จ่ายเกินเกณฑ์ = 0 คะแนน
7	คงคลังรวมไม่เกิน 2 เดือน (1 คะแนน)	ไม่เกิน 2 เดือน = 1 คะแนน มากกว่าเกิน 2 เดือน = 0 คะแนน
8	Cash Ratio (CR) (1 คะแนน)	CR มากกว่าหรือเท่ากับ 1 = 1 คะแนน, CR ระหว่าง 0.8- 0.99 = 0.5 คะแนน, CR น้อยกว่า 0.8 = 0 คะแนน
<i>คะแนนเต็ม 10 คะแนน (ปรับเป็น 5 คะแนนเต็ม)</i>		

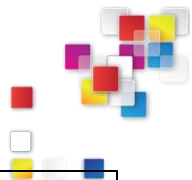
วิธีการประเมิน	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน 1.นางพัชราภรณ์ ศิริคุณ หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 062-564-4487 โทรศัพท์มือถือ : 081-264-3693 2.นายปรีชา ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 089-722-8810
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางสาวประภัสสร คันสนะพิทยากร กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 062-564-4487 โทรศัพท์มือถือ : 081-265-8106





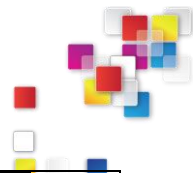
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนงานที่ 13	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่ 2	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 60)	ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณฝากรณาการพาณิชย์เข้าระบบ GFMS ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2566 (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>GFMS ย่อมาจาก Government Fiscal Management Information System หมายถึงการบริหารงานการเงินการคลังภาครัฐ ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ระบบงานดังกล่าวเกิดขึ้นจากการที่รัฐบาลมีนโยบายดำเนินการโครงการปรับปรุงการบริหารงานการคลังภาครัฐโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับการทำงาน ด้านการบริหารการคลังของภาครัฐให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ปรับเปลี่ยนแนวทางการบริหารงานไปเป็นการเน้น ผลผลิต ผลลัพธ์ และเป้าหมายการดำเนินงาน สามารถเปลี่ยนแปลงนโยบาย สู่การปฏิบัติได้จริง และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสามารถตอบสนองต่อการบริหารประเทศที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง พร้อมเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะ ระบบการเบิกจ่ายผ่านระบบGFMSจะทำให้กระบวนการในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณของส่วนราชการต่างๆ ลดขั้นตอนเอกสาร โดยไม่ต้องมีการเขียนใบฎีกาเบิกจ่ายอีกเพียงแต่ใส่ข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ ก็จะส่งข้อมูลมายังกรมบัญชีกลาง และเมื่อตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว ก็จะอนุมัติการเบิกจ่ายเงินจากบัญชีที่ธนาคารแห่งประเทศไทย (ธปท.) และโอนเงินเข้าบัญชีแก่ผู้รับงานของส่วนราชการได้ทันที โดยมุ่งเน้นกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ระดับล่างและท้องถิ่นในภาพรวมของการบริหารประเทศ รัฐบาลได้มีนโยบายพัฒนาการบริหารงานให้ก้าวสู่แนวทางของรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ (e-Government) เพื่อให้รัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนากลยุทธ์และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการปฏิรูประบบราชการไทย รวมถึงเป็นกลไกศูนย์กลางในการพัฒนาระบบงานทางอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ ในอนาคต</p> <p>ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน หมายถึง การที่หน่วยงานดำเนินงานตามขั้นตอนการบริหารงานการเงินของหน่วยงานราชการ ตามระบบ GFMS ถูกต้องตามขั้นตอน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานนำเงินนอกงบประมาณฝากคลังทุกเดือน <ol style="list-style-type: none"> 1.1 นำเงินบำรุงฝากคลังอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (0.50 คะแนน) 1.2 นำเงินมัดจำประกันสัญญาฝากคลัง เมื่อได้รับเงินมัดจำประกันสัญญา (0.50 คะแนน) 1.3 มีการยืนยันยอดเงินบำรุงฝากคลังและเงินมัดจำประกันสัญญาให้ สสจ.ทราบทุกเดือน (0.25 คะแนน) 2. มีการนำส่ง บข.11 ภายในวันที่ 9 ของทุกเดือน (1.25 คะแนน) 3. หน่วยบริการส่งบทดลองให้ สสจ. (บข.11) <ol style="list-style-type: none"> 3.1 มีค่าสุทธิไม่ผิดด้าน (0.50 คะแนน)





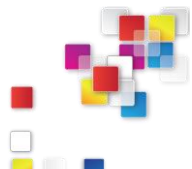
	<p>3.2 บัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ตรงกับ รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (0.50 คะแนน)</p> <p>3.3 บัญชีลูกหนี้เงินยืมเงินบำรุงในระบบ GFMS ตรงกับ รายงานลูกหนี้เงินยืมเงินบำรุง (0.25 คะแนน)</p> <p>4. บัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ตรงกับ รายงานเงินคงเหลือประจำวัน หน่วยงานมีการประเมินผลความถูกต้องของบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ถูกต้องราย 6 เดือน (1.25 คะแนน)</p> <p style="text-align: center;">คะแนนรวม 5 คะแนน</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ตัวชี้วัดสำคัญ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
ระดับความสำเร็จการพัฒนากำหนดนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์เข้าระบบGFMSของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบการนำเข้าเงินนอกงบประมาณ เข้าระบบ GFMS มีความถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา เป็นข้อมูลที่มีคุณภาพ ทันเวลา		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ จำนวน 26 แห่ง		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล จากการประเมินของผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดในการ กำกับติดตามผลการดำเนินงานรายเดือน รายไตรมาส รายรอบการประเมินผล			
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทั่วไป(งานการเงิน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
รายการข้อมูลที่ 1	หน่วยงานระดับอำเภอที่ดำเนินการได้ถูกต้องตามระบบ (หน่วยงาน)		
รายการข้อมูลที่ 2	หน่วยงานระดับอำเภอทุกอำเภอ (จำนวน 26 แห่ง)		
สูตรคำนวณ	A x 100 B		
หน่วยงานที่ให้ข้อมูล	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566		
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566)			
ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด		
1.25 คะแนน	หน่วยงานนำเงินนอกงบประมาณฝากคลังทุกเดือน 1.1 นำเงินบำรุงฝากคลังอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (0.50 คะแนน)		



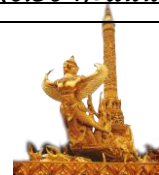


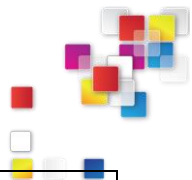
	<p>1.2 นำเงินมัดจำประกันสัญญาฝากคลัง เมื่อได้รับเงินมัดจำประกันสัญญา <i>(0.50 คะแนน)</i></p> <p>1.3 มีการยืนยันยอดเงินบำรุงฝากคลังและเงินมัดจำประกันสัญญา ให้ สสจ.ทราบทุกเดือน <i>(0.25 คะแนน)</i></p>
1.25 คะแนน	มีการนำส่ง บข.11 ภายในวันที่ 9 ของทุกเดือน <i>(1.25 คะแนน)</i>
1.25 คะแนน	<p>หน่วยบริการส่งงบทดลองให้ สสจ. (บข.11)</p> <p>3.1 มีค่าสุทธิไม่ติดด้าน <i>(0.50 คะแนน)</i></p> <p>3.2 บัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ตรงกับ รายงานเงินคงเหลือประจำวัน <i>(0.50 คะแนน)</i></p> <p>3.3 บัญชีลูกหนี้เงินยืมเงินบำรุงในระบบ GFMS ตรงกับ รายงานลูกหนี้เงินยืมเงินบำรุง <i>(0.25 คะแนน)</i></p>
1.25 คะแนน	บัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ตรงกับ รายงานเงินคงเหลือประจำวัน หน่วยงานมีการประเมินผลความถูกต้องของบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ถูกต้องราย 6 เดือน <i>(1.25 คะแนน)</i>
หน่วยงานดำเนินการได้ นำแต่ละข้อเกณฑ์ประเมินมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
วิธีการประเมิน	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>หัวหน้ากลุ่มงาน</p> <p>นายพิทักษ์ ทองทวน ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป โทร. 089-722-6501 อีเมลล์ tuk_ubon@hotmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด</p> <p>นางลักษณะวดี สุพรหม ตำแหน่งหัวหน้างานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป (งานการเงินและบัญชี) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร. 081-872-8400 อีเมลล์ lugsanavadee17@gmail.com</p>



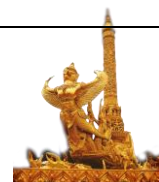


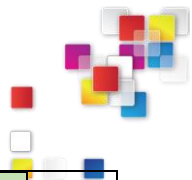
ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนงานที่ 13	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่ 2	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 61)	ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพบัญชี (AC) เครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2566 (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit : AC) –เครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โปรแกรมตรวจสอบประเมินคุณภาพบัญชี อิเล็กทรอนิกส์ 2. คู่มือตรวจสอบบททดลอง 3. คู่มือตรวจสอบบัญชี <p>ระดับความสำเร็จ หมายถึง การที่หน่วยงานได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพบัญชี AC ได้ตามขั้นตอนเกณฑ์การดำเนินงานตาม Milestone 4 ขั้นตอน โดยมีกิจกรรมการดำเนินการดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) หน่วยบริการจัดทำทะเบียนคุม และแบบฟอร์มรายงาน ตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหน่วยบริการมีการนำเงินฝากคลังทุกเดือน <ol style="list-style-type: none"> 1.1 จัดทำรายงานเงินคงเหลือประจำวันตามแบบฟอร์มที่กำหนด และยอดคงเหลือตรงกับบททดลอง ส่งให้ สสจ. ภายในวันที่ 9 ของเดือน (0.50 คะแนน) 1.2 จัดทำรายงานลูกหนี้เงินยืมเงินบำรุงตามแบบฟอร์มที่กำหนด และยอดคงเหลือตรงกับบททดลอง ส่งให้ สสจ. ภายในวันที่ 9 ของเดือน (0.25 คะแนน) 1.3 จัดทำทะเบียนคุมเงินฝากคลังตามแบบฟอร์มที่กำหนด และรายงานให้ สสจ. ทราบทุกเดือน (0.50 คะแนน) 2) มีการรับรู้ประเภทรายการบัญชีถูกต้อง ตามหมวดบัญชี <ol style="list-style-type: none"> 2.1 หมวด 1 สินทรัพย์ (0.25 คะแนน) 2.2 หมวด 2 หนี้สิน (0.50 คะแนน) 2.3 หมวด 4 รายได้ (0.25 คะแนน) 2.4 หมวด 5 ค่าใช้จ่าย (0.25 คะแนน) <p>หมวด 3 ต้องไม่มีรายการเคลื่อนไหว</p> 3) มีรายงานทางการเงินของลูกข่ายในเครือข่ายส่งครบทุกแห่ง ทุกเดือน (มีหลักฐานการกำกับติดตาม) และผ่านเกณฑ์ 50 คะแนน <ol style="list-style-type: none"> 3.1 ลูกข่ายนำส่งบททดลองครบทุกแห่งและผ่านเกณฑ์ 50 คะแนน (0.25 คะแนน) 3.2 ปรับปรุงลูกหนี้ค่ารักษา UC-OP ใน CUP (0.50 คะแนน)





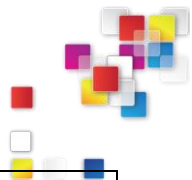
	<p>3.3 บันทึกวัสดุคงเหลือตามนโยบายบัญชีสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขทุกเดือน (0.50 คะแนน)</p> <p>4) ผลงาน(คุณภาพบัญชีของแม่ข่าย)ทาง website ผ่านเกณฑ์ 100 คะแนน (ตรวจสอบผ่าน website เชิงประจักษ์)</p> <p>4.1 แม่ข่ายนำส่งบททดลองและผ่านเกณฑ์ 100 คะแนน (0.25 คะแนน)</p> <p>4.2 บัญชีเงินที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ เท่ากับหรือมากกว่า เงินรับฝากรายได้รอการรับรู้กรณีเป็นโครงการฯ (0.50 คะแนน)</p> <p>4.3 ส่งข้อมูลบริการประจำเดือน ภายในวันที่ 15 ของเดือน (0.50 คะแนน)</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ตัวชี้วัดสำคัญ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพ บัญชี(AC) เครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อสร้างระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>2. เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของงบการเงิน</p> <p>3. ใช้เป็นเครื่องมือปรับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ จำนวน 26 แห่ง		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล			
การพัฒนาคุณภาพบัญชี: เก็บข้อมูลจากระบบอิเล็กทรอนิกส์รายเดือน			
แหล่งข้อมูล	<p>1. จาก Website www.Webonlineintra.gfmis.go.th</p> <p>2. www.hfo66.moph.go.th</p> <p>3. https://jad.moph.go.th/main/eia หรือ https://jad.moph.go.th/app</p>		
รายการข้อมูลที่ 1	A= หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชี (แห่ง)		
รายการข้อมูลที่ 2	B= หน่วยงานที่เข้ารับการประเมิน (แห่ง)		
สูตรคำนวณ	$\frac{A \times 100}{B}$		
หน่วยงานที่ให้ข้อมูล	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ประเมิน 2 รอบ /ปี</p> <p>ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566</p> <p>ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566</p>		
<p>เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566</p> <p>รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566)</p> <p>รอบที่ 2 (1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566)</p> <p>ประเมินตามเกณฑ์ Milestone 4 ขึ้นตอน</p>			





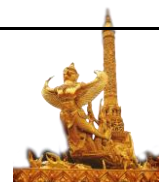
ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
1.25 คะแนน	<p>ข้อ 1. หน่วยบริการจัดทำทะเบียนคุม และแบบฟอร์มรายงานตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>1.1 จัดทำรายงานเงินคงเหลือประจำวันตามแบบฟอร์มที่กำหนด และยอดคงเหลือตรงกับบทลง ส่งให้ สสจ. ภายในวันที่ 9 ของเดือน (0.50 คะแนน)</p> <p>1.2 จัดทำรายงานลูกหนี้เงินยืมเงินบำรุงตามแบบฟอร์มที่กำหนด และยอดคงเหลือตรงกับบทลง ส่งให้ สสจ. ภายในวันที่ 9 ของเดือน (0.25 คะแนน)</p> <p>1.3 จัดทำทะเบียนคุมเงินฝากคลังตามแบบฟอร์มที่กำหนด และรายงานให้ สสจ. ทราบทุกเดือน (0.50 คะแนน)</p>
1.25 คะแนน	<p>ข้อ 2. มีการรับรู้ประเภทรายการบัญชีถูกต้อง ตามหมวดบัญชี</p> <p>2.1 หมวด 1 สินทรัพย์ (0.25 คะแนน)</p> <p>2.2 หมวด 2 หนี้สิน (0.50 คะแนน)</p> <p>2.3 หมวด 4 รายได้ (0.25 คะแนน)</p> <p>2.4 หมวด 5 ค่าใช้จ่าย (0.25 คะแนน)</p> <p>หมวด 3 ต้องไม่มีรายการเคลื่อนไหว</p>
1.25 คะแนน	<p>ข้อ 3. มีรายงานทางการเงินของลูกข่ายในเครือข่ายส่งครบทุกแห่ง ทุกเดือน (มีหลักฐานการกำกับติดตาม)</p> <p>3.1 ลูกข่ายนำส่งบทลงครบทุกแห่งและผ่านเกณฑ์ 50 คะแนน (0.25 คะแนน)</p> <p>3.2 ปรับปรุงลูกหนี้ค่ารักษา UC-OP ใน CUP (0.50 คะแนน)</p> <p>3.3 บันทึกวัสดุคงเหลือตามนโยบายบัญชีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกเดือน (0.50 คะแนน)</p>
1.25 คะแนน	<p>ข้อ 4. ผลงาน(คุณภาพบัญชีของแม่ข่าย)ทาง website (ตรวจสอบผ่าน website เชียงประจักษ์)</p> <p>4.1 แม่ข่ายนำส่งบทลงและผ่านเกณฑ์ 100 คะแนน (0.25 คะแนน)</p> <p>4.2 บัญชีเงินที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ เท่ากับหรือมากกว่า เงินรับฝาก รายได้รอการรับรู้ กรณีเป็นโครงการฯ (0.50 คะแนน)</p> <p>4.3 ส่งข้อมูลบริการประจำเดือน ภายในวันที่ 15 ของเดือน (0.50 คะแนน)</p>
หน่วยงานดำเนินการได้ นำแต่ละข้อเกณฑ์ประเมินมารวมกัน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
วิธีการประเมิน	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>หัวหน้ากลุ่มงาน</p> <p>นายพิทักษ์ ทองทวน ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป โทร. 089-722-6501 อีเมลล์ tuk_ubon@hotmail.com</p>
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด</p> <p>นางลักษณะวะดี สุพรหม ตำแหน่งหัวหน้างานการเงินและบัญชี</p>

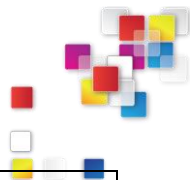




	<p>กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป (งานการเงินและบัญชี) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร. 081-872-8400 อีเมลล์ lugsanavadee17@gmail.com</p>
--	---

ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)		
แผนงานที่ 13	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ		
โครงการที่ 2	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง		
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์		
ชื่อตัวชี้วัด (R 62)	ระดับความสำเร็จของอำเภอมีการบริหารจัดการด้านแผนอย่างมีประสิทธิภาพ (ความสำเร็จระดับ 5)		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน		
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการด้านแผน หมายถึง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการของเครือข่ายบริการสุขภาพ เป็นแบบ Single plan คือ ทุกแผนรวมเป็นแผนเดียวกัน เช่น แผนปฏิบัติการ, แผนกองทุนสุขภาพตำบล แผนเงินบำรุง แผนงบบัณฑิต เป็นต้น และมีกระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2) การวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ 3) การนำนโยบายสาธารณสุขจากทุกระดับ ประกอบการวางแผนในพื้นที่ 4) แผนปฏิบัติการของหน่วยงานสอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหาของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย 5) มีการสื่อสารแผนปฏิบัติงานของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ 6) มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล 7) มีการติดตามความก้าวหน้า การสรุปการประเมินผล และมีการรายงานตามเวลาที่กำหนด 8) แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามช่วงเวลา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 9) มีการนำผลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานไปประกอบการวางแผนในรอบต่อไป 		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ตัวชี้วัดสำคัญ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
ระดับความสำเร็จของอำเภอมีการบริหารจัดการด้านแผนอย่างมีประสิทธิภาพ	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5





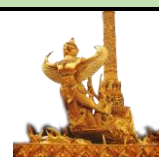
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ มีการบริหารจัดการแผน ให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องนโยบายระดับจังหวัด,เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข และมีความสอดคล้องกับแผนการเงินการคลัง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการนิเทศติดตามประเมินผลการทำงานในพื้นที่และตรวจสอบจากแผนปฏิบัติการที่ขอรับการอนุมัติ
แหล่งข้อมูล	แผนปฏิบัติการเครือข่าย/รายงานการเบิกจ่ายงบโครงการ
รายการข้อมูลที่ 1	A = เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ที่ผ่านเกณฑ์การบริหารจัดการแผนระดับ 5
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอทั้งหมด (25 แห่ง)
สูตรคำนวณ	$A \times 100$ B
หน่วยงานที่ให้ข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566
วิธีการประเมินผล	1.จากการนิเทศติดตามประเมินผลการทำงานในพื้นที่และตรวจสอบจากแผนปฏิบัติการที่ขอรับการอนุมัติ 2.ตรวจสอบจากการดำเนินงานตามแผนในห้วงเวลาที่กำหนด

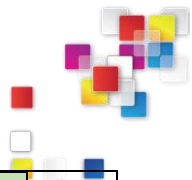
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

ประเมินตามเกณฑ์ Milestone 5 ขั้นตอน

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566)

ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด
ขั้นที่ 1	1.มีการแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2.มีการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขจากผลงานรอบปีที่ผ่านมา 3.มีการนำนโยบายจากทุกระดับเพื่อประกอบการวางแผน
ขั้นที่ 2	มีแผนปฏิบัติการของหน่วยงานที่สอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย
ขั้นที่ 3	1.มีการสื่อสารแผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ 2.มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล
ขั้นที่ 4	มีการติดตามความก้าวหน้า การสรุปการประเมินผล มีการรายงานตามห้วงเวลาที่กำหนด และแผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลา (น้อยกว่า ร้อยละ 80)
ขั้นที่ 5	แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลา 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

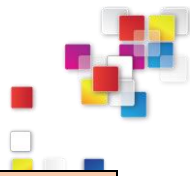
คะแนน Ranking	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5
1 คะแนน	ผ่าน				
2 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน			
3 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน		
4 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	
5 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566) ประเมินผลลัพธ์

ระดับคะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 คะแนน	แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลาน้อยกว่า ร้อยละ 80
2 คะแนน	แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลา ร้อยละ 80 – 84.99
3 คะแนน	แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วง ร้อยละ 85 – 89.99
4 คะแนน	แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วง ร้อยละ 90 – 94.99
5 คะแนน	แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วง ร้อยละ 95 ขึ้นไป

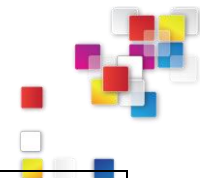
วิธีการประเมิน	ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางพรรษา ชื่นชูผล หน.กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร : 089-845-2255 Email : hunsu_c@hotmail.com หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางอุษณีย์ เกติมี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร : 081-848-2883 Email : usanee31@yahoo.co.th หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th





ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนงานที่ 13	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ			
โครงการที่ 2	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง			
ลักษณะ	ประเมินผลลัพธ์			
ชื่อตัวชี้วัด (R 63)	ร้อยละการบริหารจัดการงบค่าเสื่อมปีงบประมาณ 2566 (ร้อยละ 100)			
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1.5 คะแนน			
คำนิยามตัวชี้วัด	งบค่าเสื่อม หมายถึง งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม) ในรอบปีงบประมาณ 2566 เกณฑ์การประเมินรอบที่ 1 ประเมินการลงนามในสัญญาตามรายการในแผน เกณฑ์การประเมินรอบที่ 2 ประเมินผลการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อม			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ตัวชี้วัดสำคัญ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
	ร้อยละการบริหารจัดการงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2566	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน รวมทั้งติดตามเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณของหน่วยงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของหน่วยงาน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงานงบค่าเสื่อม website สปสช.			
แหล่งข้อมูล	website สปสช.			
รายการข้อมูลที่ 1	A = วงเงินงบค่าเสื่อมปี 2566 ที่ได้ดำเนินการบันทึกลงใน website สปสช.			
รายการข้อมูลที่ 2	B = วงเงินงบค่าเสื่อมปี 2566 ที่ได้รับการจัดสรร			
สูตรคำนวณ	$\frac{A \times 100}{B}$			
หน่วยงานที่ให้ข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566			
วิธีการประเมินผล	1. ประเมินจากระบบโปรแกรมค่าเสื่อมของ สปสช. 2. รายงานงบค่าเสื่อม จาก สนง.สสจ.อุบลราชธานี 3. หลักฐานเชิงประจักษ์ (สำเนาสัญญา/เบิกจ่าย)			





เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566)

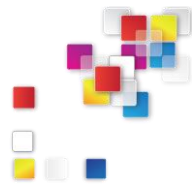
รอบประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบที่ 1 ประเมินการลง นามในสัญญา	<ร้อยละ 84	ร้อยละ 85-89	ร้อยละ 90-94	ร้อยละ 95-99	ร้อยละ 100

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566)

รอบประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบที่ 2 ประเมินผลการ เบิกจ่าย	<ร้อยละ 84	ร้อยละ 85-89	ร้อยละ 90-94	ร้อยละ 95-99	ร้อยละ 100

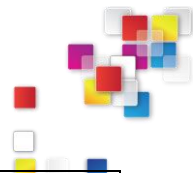
วิธีการประเมิน	ประเมินผลการบันทึกในโปรแกรม เว็บไซต์ สปสช.
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางพรรษา ชื่นชูผล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร : 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjobon@hotmail.co.th
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นายรังสรรค์ ศรีล้วน (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร.: 095-613-6676 Email : Rangsan2517@gmail.com





ยุทธศาสตร์ที่ 4	Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนงานที่ 14	การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์
ชื่อตัวชี้วัด (R 64)	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด หน่วยงานระดับอำเภอ (ความสำเร็จระดับ 5)
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และให้บริการด้านสาธารณสุขได้</p> <p>การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม</p> <p>นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ผ่านกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด ซึ่งมีการใช้ประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว จำแนกเป็น 4 ประเภท ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นการพัฒนาและนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมไปถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เช่น ชุดทดสอบ ชุดเครื่องมือ ผลิตภัณฑ์รักษาโรค ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น 2) นวัตกรรมบริการ (Service Innovation) เป็นการนำเสนอบริการใหม่ที่เกิดจากการสร้างขึ้นใหม่ หรือปรับปรุงสิ่งเดิม เช่น Test Service การทดสอบความชำนาญ OECD GLP ขออนุญาตตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น 3) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทาง หรือวิธีการผลิตสินค้า หรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิม ด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยี กระบวนการ และเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงานโดยรวมให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงขึ้น เช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนา กระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น





4) นวัตกรรมการจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้ความรู้ทางด้านการบริหารจัดการมาปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กร สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น Model Development การใช้ระบบ QR Code การพัฒนาระบบพีแอลซี เป็นต้น

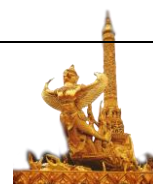
เทคโนโลยีทางสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ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

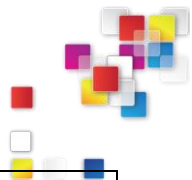
การผลิต หมายถึง การนำเอาปัจจัยการผลิตมาผ่านกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งภายใต้เทคโนโลยีระดับหนึ่งผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ หรือประโยชน์ทางเศรษฐกิจ

การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ หมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้

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

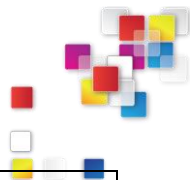
ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ระบบบริหารจัดการองค์ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม วิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ทำหน้าที่ในการจัดเก็บ ข้อมูลองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยี ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล





เกณฑ์เป้าหมาย			
ตัวชี้วัดสำคัญ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม หรือเทคโนโลยี สุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด หน่วยงานระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
ค่าเป้าหมายรายไตรมาส ปี 2566			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	-	รอบ 12 เดือน
			อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด ด้านสุขภาพในหน่วยงาน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขใน กลุ่มงาน/งาน/ศูนย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สสข./ศสม./PCC/PCU ในจังหวัดอุบลราชธานี ทั้ง 25 อำเภอ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. แฉงนับผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ด้านสุขภาพที่ผลิตโดย</p> <p>1.1 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม เข้ารับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการทางการแพทย์ และสาธารณสุขของหน่วยงานในเขตสุขภาพ</p> <p>1.2 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม เข้ารับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข และวารสารวิชาการสาธารณสุขอุบลราชธานี</p> <p>1.3 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมนำเสนองานวิชาการระดับจังหวัด เขต และกระทรวง</p> <p>1.4 ผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ด้านสุขภาพที่ผ่านการอ่านบททวนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และบรรณาธิการวารสารวิชาการต่างๆ ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่</p>		
แหล่งข้อมูล	<p>1. สรุปลงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีประจำปี 2565</p> <p>2. สรุปลงการดำเนินงานสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับประจำปี 2565</p>		





หน่วยงานที่ให้ข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566

เกณฑ์การประเมิน / วิธีการวัด ปี 2566 :

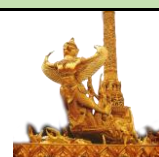
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - มีการวางแผนการจัดทำนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมสุขภาพ - มีการคัดเลือกการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (1 เรื่อง) - มีแผนปฏิบัติการประจำปี 2566 - มีแผนงบประมาณในการทำนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - รูปภาพกิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการควบคุมกำกับติดตามงาน - รายงานความก้าวหน้าการจัดทำ นวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน - มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการรายงานผลการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (1 เรื่อง) - มีรายงานผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านสุขภาพ ประจำปี - อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง - มีการเผยแพร่องค์ความรู้ http://www.kmmoph.com/ www.ubonhealthnews.com - มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานนวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - เผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการระดับจังหวัดขึ้นไป

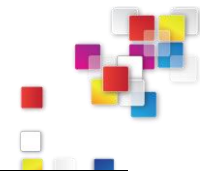
เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566)

รอบที่ 2 (1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566)

คะแนน/ ระดับความสำเร็จ	เกณฑ์การประเมิน
ขั้นที่ 1	<ul style="list-style-type: none"> - มีการวางแผนนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมสุขภาพ - มีการคัดเลือกการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (อย่างน้อย 1 เรื่อง) - มีแผนปฏิบัติการประจำปี - มีแผนงบประมาณในการทำนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ
ขั้นที่ 2	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม
ขั้นที่ 3	<ul style="list-style-type: none"> - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ (ระดับอำเภอ) - มีรูปภาพ กิจกรรมการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประกอบ (หลักฐานการจัดกิจกรรม)
ขั้นที่ 4	<ul style="list-style-type: none"> - มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน - มีรายงานความก้าวหน้าการจัดทำนวัตกรรม/การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน - มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม





ชั้นที่ 5	<ul style="list-style-type: none"> - มีการรายงานผลการนำไปใช้ประโยชน์ของงานวิจัย (อย่างน้อย 1 เรื่อง) - มีรายงานผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านสุขภาพ ประจำปี อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง - มีการเผยแพร่องค์ความรู้ http://www.kmmoph.com / www.ubonhealthnews.com - มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการคิดค้นนวัตกรรม/วิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - เผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการระดับจังหวัดขึ้นไป อย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง
-----------	--

การประเมินแบบ Milestone 5 ขั้นตอน

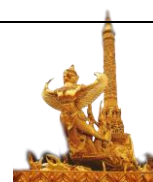
คะแนน	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5
1 คะแนน	ผ่าน				
2 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน			
3 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน		
4 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	
5 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

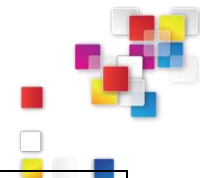
วิธีการประเมิน	ประเมินแบบ Milestone ตามขั้นตอน 5 ขั้นตอน
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. เว็บไซต์ http://www.thailand.digitaljournals.org ในกรณีที่ผลงานนวัตกรรม/วิจัย/R2R ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุข / เว็บไซต์กลุ่มงานสนับสนุนบริการสุขภาพ http://www.ubonhealthnews.com 2. ผลงานที่เป็นต้นฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการพิจารณาว่าเหมาะสมจากบรรณาธิการ ซึ่งพร้อมที่จะเผยแพร่ 3. เอกสารนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) ที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ (Journal) ในระดับชาติหรือนานาชาติ 4. บทความย่อผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในงานประชุมวิชาการระดับจังหวัด / เขต / กระทรวงสาธารณสุขประจำปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
		2561	2562	2563	2564	2565
ผลงานวิจัย/R2Rด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาและนำไปถ่ายทอดเผยแพร่	ผลงาน (เรื่อง)	214	234	215	234	183

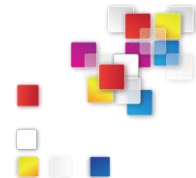
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>หัวหน้ากลุ่มงาน นางธิดารัตน์ บุญทรง (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 122 โทรศัพท์มือถือ : 089-626-9853 E-mail : thidarat.b@hotmail.co.th</p>
-----------------------	---





หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด 1.นางเกตุศิริินทร์ ฉิมพลี (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 122 โทรศัพท์มือถือ : 081-966-6632 E-mail : ketsirind@hotmail.com 2.นางธิดารัตน์ บุญทรง (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-242225 ต่อ 122 โทรศัพท์มือถือ : 089-626-9853 E-mail : thidarat.b@hotmail.co.th

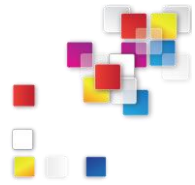




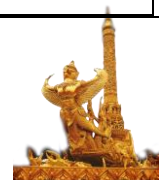
ยุทธศาสตร์ที่ 5

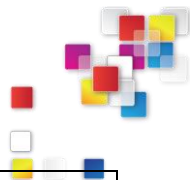
ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและพัฒนาภาคีเครือข่าย





ยุทธศาสตร์ที่ 5	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและพัฒนาเครือข่าย		
แผนงานที่ 1	การพัฒนาการมีส่วนร่วมและพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ		
โครงการที่ 1	โครงการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ		
ลักษณะ	ประเมินกระบวนการงานและผลลัพธ์		
ชื่อตัวชี้วัด (R 65)	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานตามนโยบาย One Health (ความสำเร็จระดับ 5)		
ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน	2 คะแนน		
คำนิยามตัวชี้วัด	<p>One Health เป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหลายสาขาวิชาชีพ เพื่อแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนที่เกิดจากผลกระทบร่วมกันระหว่าง มนุษย์ สัตว์และสิ่งแวดล้อม เน้นสร้างความร่วมมือทุกภาคส่วนในด้านการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่</p> <p>One Health” (สุขภาพหนึ่งเดียว) คือแนวความคิดเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวมมุ่งเน้นการแก้ปัญหาสุขภาพที่รวมแนวทางปฏิบัติทางด้านสุขภาพของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพระดับอำเภอ โดยประกอบด้วยหน่วยงานระดับอำเภอ คือโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) ที่ร่วมมือกันในการพัฒนางานด้านสุขภาพ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการร่วมมือในการ sharing ทรัพยากรร่วมกัน รวมถึงการส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันอย่างรวดเร็วเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ทางสุขอนามัยที่ดีขึ้น</p> <p>นโยบาย One Health สสจ.อุบลราชธานี คือ เป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหลายสาขาวิชาชีพ เพื่อแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนที่เกิดจากผลกระทบร่วมกันระหว่าง มนุษย์ สัตว์และสิ่งแวดล้อม โดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดร่วมกันทั้งทรัพยากรคน เงิน ของ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดซึ่งเกิดจากความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอไม่แบ่งแยกแม่ข่ายหรือลูกข่าย</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย			
ตัวชี้วัดสำคัญ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน One Health	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5	ความสำเร็จระดับ 5
ค่าเป้าหมายรายไตรมาส ปี 2566			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ความสำเร็จระดับ5	ความสำเร็จระดับ5	ความสำเร็จระดับ5	ความสำเร็จระดับ5





วัตถุประสงค์	เพื่อให้การดำเนินงานในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ บูรณาการการทำงานร่วมกัน โดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดร่วมกันทั้งทรัพยากรคน เงิน ของ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ทั้ง 25 อำเภอ
วิธีการประเมิน :	ประเมินระดับความสำเร็จในการดำเนินงานร่วมกัน
แหล่งข้อมูล	
หน่วยงานที่ให้ข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ /ปี ครั้งที่ 1 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 ครั้งที่ 2 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566

เกณฑ์การประเมิน / วิธีการวัด ปี 2566 :

ประเมินระดับความสำเร็จในการดำเนินงานร่วมกัน

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปีงบประมาณ 2566

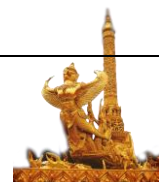
รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566)

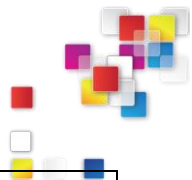
รอบที่ 2 (1 เมษายน 2566 – 31 สิงหาคม 2566)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนนระดับความสำเร็จการดำเนินงาน One Health
ขั้นที่ 1	คณะกรรมการ คปสอ.มีการประชุมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งและมีการส่งสรุปรายงานการประชุมให้กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สสจ.อุบลฯ ทราบ ทุกครั้ง
ขั้นที่ 2	1.การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ 2.มีแผนการพัฒนางานในภาพเครือข่ายสุขภาพ ทั้งแผนการเงินการคลัง(Plan-fin) และแผนปฏิบัติราชการประจำปี
ขั้นที่ 3	มีการนิเทศงาน หน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกันอย่างน้อย 2 ครั้ง/แห่ง/ปี (ตรวจสอบแผนการนิเทศงาน คณะกรรมการที่ร่วมนิเทศ และข้อมูลเชิงประจักษ์)
ขั้นที่ 4	มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม (แสดงให้เห็นเช่น ระบบ Central Supply /ระบบจัดการขยะติดเชื้อ / จัดบุคลากรสนับสนุนระบบทำงาน.....) อย่างน้อย 1 ระบบ
ขั้นที่ 5	มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม (แสดงให้เห็นเช่น ระบบ Central Supply /ระบบจัดการขยะติดเชื้อ / จัดบุคลากรสนับสนุนระบบทำงาน..... ตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป

การประเมินแบบ Milestone 5 ขั้นตอน

คะแนน	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5
1 คะแนน	ผ่าน				
2 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน			
3 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน		
4 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	
5 คะแนน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน





วิธีการประเมิน	ประเมินแบบ Milestone ตามขั้นตอน 5 ขั้นตอน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	หัวหน้ากลุ่มงาน นางहरรรษา ชื่นชูผล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร : 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบประเมินตัวชี้วัด นางอุษณีย์ เกติมี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร : 081-848-2883 Email : usanee31@yahoo.co.th หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th





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

- ⚙️ รับผิดชอบ
- ⚙️ ตรงต่อเวลา
- ⚙️ พัฒนาเป็น নিজ
- ⚙️ จิตบริการ
- ⚙️ ทำงานเป็นทีม

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ตามประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วัน/เดือน/ปี : ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕

หัวข้อ : ๑. นโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
๒. แผนปฏิบัติการประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

๑. นโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
๒. แผนปฏิบัติการประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

Link ภายนอก : ไม่มี

หมายเหตุ:.....
.....
.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

อภิรดี จิตรแสง

(นางสาวอภิรดี จิตรแสง)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ

วันที่ ๒๖ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้อนุมัติรับรอง

พิทักษ์ มูลประดับ

(นายพิทักษ์ มูลประดับ)

ตำแหน่ง นิติกรชำนาญการ

วันที่ ๒๖ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

หรรษา ชื่นชูผล

(นางหรรษา ชื่นชูผล)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

วันที่ ๒๖ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕