



รายละเอียด
ตัวชี้วัดประเมินผล
การปฏิบัติราชการ

MOU

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
ปีงบประมาณ 2567

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

2
5
6
7

คำนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ได้ร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดระยอง ปี 2565-2569 ภายใต้วิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ เป็นต้นแบบด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมวิถีใหม่ ที่บูรณาการทุกภาคส่วน เพื่อคนระยองสุขภาพดี” โดยได้จัดทำแผนงานหลักรองรับจำนวน 15 แผนงานหลัก 38 โครงการ ทั้งนี้ได้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี เพื่อให้การดำเนินการตามแผนงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองและเครือข่ายบริการสุขภาพ จึงได้ร่วมกันจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัดการประเมินผลปฏิบัติราชการ MOU ประจำปีงบประมาณ 2567 จำนวน 115 ตัวชี้วัด

เอกสารฉบับนี้เป็นคู่มือแสดงรายละเอียดตัวชี้วัด คำนิยาม เกณฑ์เป้าหมาย วิธีการประเมินการให้คะแนนของตัวชี้วัดดังกล่าว เพื่อให้เป้าหมายการดำเนินงาน การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าว ซึ่งคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ 2567 ของเจ้าหน้าที่ทุกระดับต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

28 พฤศจิกายน 2566

สารบัญ

หน้า

คำนำ	ก
สารบัญ	ข
รายละเอียดตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการสาธารณสุขจังหวัดระยอง	1
ประเด็นยุทธศาสตร์ : 1 ระบบอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเป็นเลิศ (Occupational Medicine Excellence).....	2
MOU_01 ร้อยละของหน่วยงานได้รับการยกระดับเป็นต้นแบบอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	3
ประเด็นยุทธศาสตร์ : 2 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence).....	8
MOU_02 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	9
MOU_03 ANC คุณภาพ	12
MOU_04 ร้อยละโรงพยาบาล/สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร.....	16
MOU_05 ร้อยละเด็กอายุ 12 เดือน ที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง	19
MOU_06 เด็กปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) มีพัฒนาการสมวัย	23
MOU_07 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย	29
MOU_08 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า เข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน.....	32
MOU_09 ร้อยละของเด็กอายุ 6 – 14 ปี สูงตีสมส่วน (วัยเรียน).....	35
MOU_10 การเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางของเด็กวัยเรียน	37
MOU_11 ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุ 5 ปี (Fully Immunized).....	41
MOU_12 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อ 1,000 คน	43
MOU_13 ร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่ง ถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)	45
MOU_14 ร้อยละของอำเภอ มีการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE.....	48
MOU_15 ดัชนีมวลกาย	51
MOU_16 ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	54
MOU_17 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	57
MOU_18 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุ	61
MOU_19 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุ	64
MOU_20 อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	67
MOU_21 ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	71
MOU_22 ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ.....	74

สารบัญ

หน้า

MOU_23 ระดับความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางโอดยุงลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เน้นโรค ไข้เลือดออก)	79
MOU_24 ร้อยละของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าและผู้ถูกสัตว์กัด ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ครบชุด ตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมีการบันทึกลงระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36).....	84
MOU_25 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ.....	88
MOU_26 ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน.....	91
MOU_27 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยความดันโลหิตสูง	93
MOU_28 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	95
MOU_29 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	99
MOU_30 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง โรคดิจิทัล (Digital surveillance, D506).....	103
MOU_31 สถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต	106
MOU_32 ร้อยละของร้านขายส่งเป้าหมายจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด.....	109
MOU_33 ร้อยละของคลินิกเอกชนที่มีบริการเสริมความงามได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	111
MOU_34 ร้อยละของสถานประกอบการผลิตภัณฑ์/บริการสุขภาพเป้าหมาย ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ...	113
MOU_35 ร้อยละของผลิตภัณฑ์ลูกชิ้น ณ สถานที่จำหน่าย แสดงฉลากถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด.....	115
MOU_36 ร้อยละของสถานประกอบการโรงแรมและรีสอร์ทผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงแรมที่เป็นมิตรกับสุขภาพ และ สิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพ.....	117
MOU_37 ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	121
MOU_38 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge.....	125
ประเด็นยุทธศาสตร์ : 3 ระบบบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	129
MOU_39 ระดับความสำเร็จการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562.....	130
MOU_40 ระดับความสำเร็จการจัดตั้ง Health Station	133
MOU_41 ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	135
MOU_42 อสม.มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล.....	137
MOU_43 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี.....	139
MOU_44 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี.....	141
MOU_45 ร้อยละของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) \geq 180 มม.ปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิต ตัวล่างเฉลี่ย (DBP) \geq 110 มม.ปรอท จากการคัดกรอง ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำภายใน 7 วัน และได้รับการวินิจฉัย	143
MOU_46 ร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก และยินยอมเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ.....	146

สารบัญ

หน้า

MOU_47 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ ตามเกณฑ์ HbA1c < ร้อยละ 6.5 โดยไม่ใช้ยา	148
MOU_48 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ สามารถลดน้ำหนักภายใน 3 เดือน ได้ \geq ร้อยละ 10 ของน้ำหนักวันเริ่มเข้ารับบริการ	150
MOU_49 ร้อยละของผู้ป่วยเข้าเกณฑ์โรคเบาหวานระยะสงบ สามารถควบคุม ระดับ HbA1c < ร้อยละ 6.5 โดยไม่ใช้ยา อย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 1 ปี	152
MOU_50 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69).....	154
MOU_51 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit.....	156
MOU_52 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัยโรคปอดรายใหม่	158
MOU_53 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัยโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	162
MOU_54 ร้อยละของอำเภอในจังหวัดระยองผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU distric) ที่กำหนด .	166
MOU_55 ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU Hospital	170
MOU_56 คลินิกเอกชนมีการประเมินตนเองและผ่านการประเมินตนเอง ระดับ 2.....	172
MOU_57 ร้อยละของโรงพยาบาลเอกชนมีการประเมินตนเองและผ่านการประเมินตนเองระดับ 2.....	174
MOU_58 ร้อยละร้านชำ 2 ตำบลในอำเภอผ่านเกณฑ์ร้านชำ RDU.....	176
MOU_59 ร้อยละร้านขายยา ขย 1 ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5	178
MOU_60 ร้อยละของหน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) ในเครือข่าย ระดับอำเภอ มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างรับผิดชอบใน 2 โรคตามเกณฑ์เป้าหมาย	180
MOU_61 อัตราตายทารกแรกเกิด.....	183
MOU_62 ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคอง อย่างมีคุณภาพ	185
MOU_63 ระดับความสำเร็จการจัดบริการด้านชีวภิบาล.....	189
MOU_64 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base).....	191
MOU_65 ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการ	196
MOU_66 ร้อยละของปริมาณการใช้ยาสมุนไพรเทียบกับจำนวนการส่งจ่ายยาทั้งหมด	201
MOU_67 ระดับความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงานด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	203
MOU_68 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต.....	208
MOU_69 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน	210
MOU_70 ร้อยละของการคัดกรองโรคซึมเศร้า (รวม 3 กลุ่มเป้าหมาย).....	213
MOU_71 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	217
MOU_72 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	222
MOU_73 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	228
MOU_74 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด.....	230

สารบัญ

หน้า

MOU_75 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	232
MOU_76 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.....	234
MOU_77 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	234
MOU_78 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	238
MOU_79 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	238
MOU_80 ร้อยละของประชากรเป้าหมายในพื้นที่ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV	242
MOU_81 ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่	245
MOU_82 อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1).....	247
MOU_83 ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate).....	249
MOU_84 ร้อยละการเปิดบริการมินิธัญญารักษ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจรในโรงพยาบาลชุมชน.....	252
MOU_85 ร้อยละหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป	254
MOU_86 ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด	257
MOU_87 ร้อยละของศูนย์คัดกรอง มีบทบาทในด้านของการคัดกรองยาเสพติด/บำบัดรักษาผู้ใช้ ยาเสพติดและส่งต่อ ผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติด ให้โรงพยาบาลแม่ข่าย และนำข้อมูลสู่ระบบ รายงาน บสต. ตามประมวลกฎหมาย ยาเสพติดฉบับใหม่	260
MOU_88 ร้อยละของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม มีบทบาทในด้านการติดตามผู้ที่จบการบำบัดรักษา/ช่วยเหลือ ทางสังคมและนำข้อมูลสู่ระบบ บสต. ตามประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่	262
MOU_89 ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	265
MOU_90 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed.....	265
MOU_91 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่า หรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน.....	265
MOU_92 ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย.....	280
MOU_93 ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....	285
MOU_94 ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	288
MOU_96 จำนวนผู้ที่ได้รับบริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียม	294
MOU_97 จำนวนศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และ สร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูง	296
MOU_98 ร้อยละของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป้าหมายได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด...	299
ประเด็นยุทธศาสตร์ : 4 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence).....	301
MOU_99 ร้อยละหน่วยงาน (สสจ./รพศ./รพท.) มีการบริหารจัดการกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ.....	302

สารบัญ

หน้า

ประเด็นยุทธศาสตร์ : 5 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	305
MOU_100 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA.....	306
MOU_101 ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	311
MOU_102 ระดับความสำเร็จในการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ	315
MOU_103 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด	317
MOU_104 ระดับความสำเร็จโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 หรือได้รับการ reaccreditation โดย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	321
MOU_105 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)	324
MOU_106 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best).....	324
MOU_107 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปฏิบัติราชการ MOU ประจำปีงบประมาณ 2567	328
MOU_108 ระดับความสำเร็จในการเชื่อมโยงข้อมูล PHR และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์.....	330
MOU_109 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ	332
MOU_110 ระดับความสำเร็จของการจัดบริการการแพทย์ทางไกลในโรงพยาบาล	335
MOU_111 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT.....	339
MOU_112 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6 - 7.....	342
MOU_113 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (ระดับดี ดีมาก)	345
MOU_114 ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณ (งบดำเนินงาน).....	347
MOU_115 จำนวนผลงานวิจัย/ R2R ด้านสุขภาพของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง.....	349





รายละเอียดตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการสาธารณสุขจังหวัดระยอง



ประเด็นยุทธศาสตร์ : 1
ระบบอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเป็นเลิศ
(Occupational Medicine Excellence)

แผนงานที่	Plan 1 การพัฒนาคุณภาพการบริการด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม
โครงการ	P1 โครงการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพการบริการด้านอาชีวเวชศาสตร์ และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเพื่อรองรับการพัฒนาตามนโยบายระเบียบเศรษฐกิจภาคตะวันออก (EEC)
ตัวชี้วัด	MOU_01 ร้อยละของหน่วยงานได้รับการยกระดับเป็นต้นแบบอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม
คำนิยาม	<p>การเป็นต้นแบบ หมายถึง การที่เครือข่ายบริการสาธารณสุข(CUP)สามารถจัดบริการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> จัดบริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในระดับดีเด่น (occupational and environmental excellence) หมายถึง การจัดบริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมครบทุกมิติ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อการกลับเข้าทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับในกลุ่มวัยทำงานและประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม รวมถึงพัฒนาระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม โดยได้รับการประเมินจัดบริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์จากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม มีเครือข่ายบริการ(Network)ด้านอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในระดับตติยภูมิ ทุตติยภูมิ และปฐมภูมิ หมายถึง มีกิจกรรมพัฒนาศักยภาพในหน่วยบริการในเครือข่ายให้สามารถจัดบริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ และสนับสนุนให้ผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดบริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมระดับตติยภูมิ และปฐมภูมิ การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) หมายถึง หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการด้วยกระบวนการวิจัย R to R / นวัตกรรม หรือ CQI และนำมาใช้ประโยชน์ในระดับหน่วย เขต หรือประเทศ การฝึกอบรม ถ่ายทอด (Training) หมายถึง โรงพยาบาลที่เป็นต้นแบบมีหลักสูตรการอบรม และจัดอบรมถ่ายทอดความรู้ สนับสนุนและเป็นแหล่งศึกษาดูงาน หมายถึง โรงพยาบาลที่เป็นต้นแบบสามารถให้การสนับสนุนรูปแบบการพัฒนาศักยภาพให้เป็นต้นแบบ และสามารถเป็นแหล่งศึกษาดูงานให้กับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกจังหวัด
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100 ของ CUP ผ่านประเมินและรับรองผลต้นแบบอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ระดับดีขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	ประเมินภาพ CUP
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดทำตารางบันทึกผลการประเมิน และส่งกลับมาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเครือข่ายบริการสาธารณสุข (CUP) ที่ผ่านการประเมิน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเครือข่ายบริการสาธารณสุข (CUP) ทั้งหมด (9 แห่ง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	$(A/B) \times 100$

รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	สถานบริการ	ข้อมูลปี 66	เป้าหมาย ปี 67												
	CUP รพ.ระยอง	ระดับดีเด่น	ระดับ Excellence												
	CUP รพ.เฉลิมพระ เกียรติสมเด็จพระเทพฯ	ระดับดีเด่น	ระดับ Excellence												
	CUP รพ.แก่ง	ระดับดี	ระดับดีเด่นขึ้นไป												
	CUP รพ.บ้านฉาง	ระดับดีเด่น	ระดับดีเด่นขึ้นไป												
	CUP รพ.บ้านค่าย	พื้นฐาน	ระดับดีขึ้นไป												
	CUP รพ.วังจันทร์	ระดับดี	ระดับดีขึ้นไป												
	CUP รพ.ปลวกแดง	ระดับดี	ระดับดีขึ้นไป												
	CUP รพ.นิคมพัฒนา	พื้นฐาน	ระดับดีขึ้นไป												
	CUP รพ.เขาชะเมา	ไม่ผ่าน	ระดับดีขึ้นไป												
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบ 3,5,6,9,10,12 เดือน														
วิธีการประเมิน	<p>1) หน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่งดำเนินการประเมินตนเองตามเกณฑ์ต้นแบบอาชีพเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม และส่งผลการประเมินรายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายในเดือนมีนาคม 2567</p> <p>2) คณะกรรมการประเมินของ CUP ประเมินซ้ำและรับรองผลการประเมิน และรายงานกลับมาให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายในเดือนสิงหาคม 2567</p>														
<p>เกณฑ์การประเมิน: มีการประเมินผ่าน 6 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - องค์ประกอบที่ 1 การจัดบริการอาชีพเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในระดับดีเด่น (occupational and environmental excellence) - องค์ประกอบที่ 2 โรงพยาบาลมีเครือข่ายบริการ(Network)ด้านอาชีพเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในระดับ ตติยภูมิ ทุตติยภูมิ และปฐมภูมิ - องค์ประกอบที่ 3 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สร้างกลไก สนับสนุน และติดตามการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานบริการ ในกระบวนการ DHS/DHB จนผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดบริการของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม - องค์ประกอบที่ 4 การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) - องค์ประกอบที่ 5 การฝึกอบรม ถ่ายทอด (Training) - องค์ประกอบที่ 6 สนับสนุนและเป็นแหล่งศึกษาดูงาน <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>สถานบริการ</th> <th>รอบ 5 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CUP รพ. ระยอง/ CUP รพ.เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพฯ</td> <td>ประเมินตนเองผ่านระดับดีเด่นขึ้นไป</td> <td>รับรองผลการประเมินผ่านระดับ excellence</td> </tr> <tr> <td>CUP รพ.แก่ง/ CUP รพ.บ้านฉาง</td> <td>ประเมินตนเองผ่านระดับดีมากขึ้นไป</td> <td>รับรองผลการประเมินผ่านระดับดีเด่นขึ้นไป</td> </tr> <tr> <td>CUP รพ.ปลวกแดง/ CUP รพ.บ้านค่าย CUP รพ. นิคมพัฒนา/ CUP เขาชะเมา</td> <td>ประเมินตนเองผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป</td> <td>รับรองผลการประเมินผ่านระดับดีขึ้นไป</td> </tr> </tbody> </table>				สถานบริการ	รอบ 5 เดือน	รอบ 9 เดือน	CUP รพ. ระยอง/ CUP รพ.เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพฯ	ประเมินตนเองผ่านระดับดีเด่นขึ้นไป	รับรองผลการประเมินผ่านระดับ excellence	CUP รพ.แก่ง/ CUP รพ.บ้านฉาง	ประเมินตนเองผ่านระดับดีมากขึ้นไป	รับรองผลการประเมินผ่านระดับดีเด่นขึ้นไป	CUP รพ.ปลวกแดง/ CUP รพ.บ้านค่าย CUP รพ. นิคมพัฒนา/ CUP เขาชะเมา	ประเมินตนเองผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป	รับรองผลการประเมินผ่านระดับดีขึ้นไป
สถานบริการ	รอบ 5 เดือน	รอบ 9 เดือน													
CUP รพ. ระยอง/ CUP รพ.เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพฯ	ประเมินตนเองผ่านระดับดีเด่นขึ้นไป	รับรองผลการประเมินผ่านระดับ excellence													
CUP รพ.แก่ง/ CUP รพ.บ้านฉาง	ประเมินตนเองผ่านระดับดีมากขึ้นไป	รับรองผลการประเมินผ่านระดับดีเด่นขึ้นไป													
CUP รพ.ปลวกแดง/ CUP รพ.บ้านค่าย CUP รพ. นิคมพัฒนา/ CUP เขาชะเมา	ประเมินตนเองผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป	รับรองผลการประเมินผ่านระดับดีขึ้นไป													

เกณฑ์การให้คะแนน					
1. CUP รพ.ระยอง/ CUP รพ.เฉลิมพระเกียรติฯ					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	มีแผนการพัฒนา ยกระดับเป็น ต้นแบบอาชีพเวช ศาสตร์ฯ
5 เดือน	ประเมินตนเอง	ประเมินตนเอง ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ประเมินตนเอง ระดับดีขึ้นไป	ประเมินตนเอง ระดับดีมากขึ้นไป	ประเมินตนเอง ระดับดีเด่นขึ้นไป
6 เดือน					
9 เดือน	ประเมินตนเอง ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ประเมินตนเอง ระดับดีขึ้นไป	ประเมินตนเอง ระดับดีมากขึ้นไป	ประเมินตนเอง ระดับดีเด่นขึ้นไป	รับรองผลระดับ excellence
10 เดือน					
12 เดือน					
2. CUP รพ.แก่ง / CUP รพ.บ้านฉาง					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	มีแผนการพัฒนา ยกระดับเป็น ต้นแบบอาชีพเวช ศาสตร์ฯ
5 เดือน	มีแผนการพัฒนา ยกระดับเป็น ต้นแบบอาชีพเวช ศาสตร์ฯ	ประเมินตนเอง	ประเมินตนเอง ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ประเมินตนเอง ระดับดีขึ้นไป	ประเมินตนเอง ระดับดีมากขึ้นไป
6 เดือน					
9 เดือน	ประเมินตนเอง	ประเมินตนเอง	ประเมินตนเอง ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ประเมินตนเอง ระดับดีขึ้นไป	รับรองผลระดับ ดีเด่นขึ้นไป
10 เดือน					
12 เดือน					
3. CUP รพ.บ้านค่าย/ CUP รพ.ปลวกแดง/ CUP รพ.นิคมพัฒนา/ CUP วังจันทร์/ CUP เขาชะเมา					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	มีแผนการพัฒนา ยกระดับเป็น ต้นแบบอาชีพเวช ศาสตร์ฯ
5 เดือน	-	-	มีแผนการพัฒนา ยกระดับเป็น ต้นแบบอาชีพเวช ศาสตร์ฯ	ประเมินตนเอง	ประเมินตนเอง ระดับพื้นฐานขึ้นไป
6 เดือน					
9 เดือน	-	มีแผนการพัฒนา ยกระดับเป็น ต้นแบบอาชีพเวช ศาสตร์ฯ	ประเมินตนเอง	ประเมินตนเอง ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ประเมินตนเอง ระดับดีขึ้นไป
10 เดือน					
12 เดือน					

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	ร้อยละ 60 ของทุก CUP มีแผนพัฒนา ยกกระต๊	ร้อยละ 70 ของทุก CUP มีแผนพัฒนา ยกกระต๊	ร้อยละ 80 ของทุก CUP มีแผนพัฒนา ยกกระต๊	ร้อยละ 90 ของทุก CUP มีแผนพัฒนา ยกกระต๊	ร้อยละ 100 ของทุก CUP มีแผนพัฒนา ยกกระต๊
5 เดือน	ร้อยละ 60 ของ CUP ประเมินตนเอง ผ่านระดับพื้นฐาน ขึ้นไป	ร้อยละ 70 ของ CUP ประเมินตนเอง ผ่านระดับพื้นฐาน ขึ้นไป	ร้อยละ 80 ของ CUP ประเมิน ตนเองผ่าน ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 90 ของ CUP ประเมิน ตนเองผ่าน ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 100 ของ CUP ประเมินตนเอง ผ่านระดับพื้นฐาน ขึ้นไป
6 เดือน					
9 เดือน	ร้อยละ 60 ของ CUP รับรองผลผ่าน	ร้อยละ 70 ของ CUP รับรองผลผ่าน ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 80 ของ CUP รับรองผล ผ่านระดับพื้นฐาน ขึ้นไป	ร้อยละ 90 ของ CUP รับรองผลผ่าน ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 100 ของ CUP รับรองผลผ่าน ระดับดีขึ้นไป
10 เดือน					
12 เดือน					
ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงานดังนี้</p> <p>1. CUP รพ.ระยอง/ CUP รพ.เฉลิมพระเกียรติฯ รอบ 3 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่มีแผนพัฒนาการยกกระต๊ฯ ที่ 5 คะแนน รอบ 5/6 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่ประเมินตนเองระดับดีเด่นขึ้นไป ที่ 5 คะแนน รอบ 9/10/12 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่รับรองผลการประเมินระดับ excellence ที่ 5 คะแนน</p> <p>2. CUP รพ.แก่ง/ CUP รพ.บ้านฉาง รอบ 3 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่มีแผนพัฒนาการยกกระต๊ฯ ที่ 5 คะแนน รอบ 5/6 เดือน ที่ ประเมินตนเองระดับดีมากขึ้นไป ที่ 5 คะแนน รอบ 9/10/12 เดือน รับรองผลการประเมินระดับดีเด่นขึ้นไป ที่ 4 คะแนน</p> <p>3. CUP เขาชะเมา/ CUP บ้านค่าย/ CUP ปลวกแดง/ CUP นิคมพัฒนา/ CUP วังจันทร์ รอบ 3 เดือน ที่มีแผนพัฒนาการยกกระต๊ฯ ที่ 5 คะแนน รอบ 5/6 เดือน ที่ ประเมินตนเองระดับพื้นฐาน ที่ 5 คะแนน รอบ 9/10/12 เดือน ที่รับรองผลการระดับดีขึ้นไป ที่ 5 คะแนน</p>				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัดดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ร้อยละ 100 ของ CUP มีแผนพัฒนาการยกกระต๊ฯ ที่ 5 คะแนน รอบ 5/6 เดือน ที่ ร้อยละ 100 ของ CUP ประเมินตนเองระดับพื้นฐาน ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ร้อยละ 100 ของ CUP รับรองผลระดับพื้นฐาน ที่ 5 คะแนน รอบ 10/12 เดือนที่ ร้อยละ 80 ของ CUP รับรองผลการระดับดี ขึ้นไป ที่ 5 คะแนน</p>				
หมายเหตุ	<p>เกณฑ์การประเมินระดับของการเป็นต้นแบบด้านอาชีวเวชศาสตร์ฯ จังหวัดระยอง แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -ต้นแบบด้านอาชีวเวชศาสตร์ฯระดับพื้นฐาน -ต้นแบบด้านอาชีวเวชศาสตร์ฯระดับดี -ต้นแบบด้านอาชีวเวชศาสตร์ฯระดับดีมาก -ต้นแบบด้านอาชีวเวชศาสตร์ฯระดับดีเด่น -ต้นแบบด้านอาชีวเวชศาสตร์ฯระดับ Excellence <p>รายละเอียดในแบบเกณฑ์การประเมินฯ</p>				

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none">1. ชื่อ-สกุล นางสาวจิตร์ สุขศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.ระยอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3861 3430 ต่อ 1106 โทรศัพท์มือถือ : 083 816 4040 โทรสาร : E-mail : Saph_ra@hotmail.com2. ชื่อ-สกุล นางสาวนิตยา จวบลอย นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สสจ.ระยอง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3861 3430 ต่อ 1106 โทรศัพท์มือถือ : 081 051 5387 โทรสาร : E-mail : Snoopy_19nn@hotmail.com.
-----------------------	---



ประเด็นยุทธศาสตร์ : 2

ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่	Plan 2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	P2. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_02 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน				
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตกรรม ต่อการเกิดมีชีพแสนคน				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัด เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ 				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>เมื่อเกิดมารดาตายให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย <ul style="list-style-type: none"> แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง ดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management) และแก้ปัญหาเบื้องต้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์อนามัยภายใน 24 ชั่วโมง คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเก็บรวบรวมข้อมูลมารดาตายทั้งหมดเพื่อใช้ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ศูนย์อนามัยที่ 1-12 ประสานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย <ul style="list-style-type: none"> ส่งรายงานการตายมารดาเบื้องต้น ผ่าน https://mpdsr.anamai.moph.go.th ภายใน 24 ชั่วโมง ประสานกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย และจัดประชุมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา รายงานการตายมารดา (MDR report) ผ่าน https://mpdsr.anamai.moph.go.th แก่กรมอนามัย ภายใน 30 วัน 				

	5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลมารดาตายในภาพรวมและรายงานแก่คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานมารดาและทารกปริกำเนิด และจัดทำรายงานประจำปี และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง					
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ สำนักงานทะเบียนราษฎร					
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด					
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนการเกิดมีชีวิตทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน					
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100,000$					
ระยะเวลาประเมินผล	เป้าหมาย : 3 เดือน 5 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 10 เดือน และ 12 เดือน					
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตรา/แสน	17 ต่อแสน	17 ต่อแสน	17 ต่อแสน	17 ต่อแสน	17 ต่อแสน	17 ต่อแสน
<u>เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน</u>						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	>20.01 ต่อแสน	19.01-20.00 ต่อแสน	18.01-19.00 ต่อแสน	17.01-18.00 ต่อแสน	<17 ต่อแสน	
5 เดือน	>20.01 ต่อแสน	19.01-20.00 ต่อแสน	18.01-19.00 ต่อแสน	17.01-18.00 ต่อแสน	<17 ต่อแสน	
6 เดือน	>20.01 ต่อแสน	19.01-20.00 ต่อแสน	18.01-19.00 ต่อแสน	17.01-18.00 ต่อแสน	<17 ต่อแสน	
9 เดือน	>20.01 ต่อแสน	19.01-20.00 ต่อแสน	18.01-19.00 ต่อแสน	17.01-18.00 ต่อแสน	<17 ต่อแสน	
10 เดือน	>20.01 ต่อแสน	19.01-20.00 ต่อแสน	18.01-19.00 ต่อแสน	17.01-18.00 ต่อแสน	<17 ต่อแสน	
12 เดือน	>20.01 ต่อแสน	19.01-20.00 ต่อแสน	18.01-19.00 ต่อแสน	17.01-18.00 ต่อแสน	<17 ต่อแสน	
<u>เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด</u>						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	>20.01 ต่อแสน	19.01-20.00 ต่อแสน	18.01-19.00 ต่อแสน	17.01-18.00 ต่อแสน	<17 ต่อแสน	
5 เดือน	>20.01 ต่อแสน	19.01-20.00 ต่อแสน	18.01-19.00 ต่อแสน	17.01-18.00 ต่อแสน	<17 ต่อแสน	
6 เดือน	>20.01 ต่อแสน	19.01-20.00 ต่อแสน	18.01-19.00 ต่อแสน	17.01-18.00 ต่อแสน	<17 ต่อแสน	
9 เดือน	>20.01 ต่อแสน	19.01-20.00 ต่อแสน	18.01-19.00 ต่อแสน	17.01-18.00 ต่อแสน	<17 ต่อแสน	
10 เดือน	>20.01 ต่อแสน	19.01-20.00 ต่อแสน	18.01-19.00 ต่อแสน	17.01-18.00 ต่อแสน	<17 ต่อแสน	
12 เดือน	>20.01 ต่อแสน	19.01-20.00 ต่อแสน	18.01-19.00 ต่อแสน	17.01-18.00 ต่อแสน	<17 ต่อแสน	

เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน อัตราไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน อัตราไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน อัตราไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน อัตราไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน อัตราไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน อัตราไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ที่.....5.....คะแนน
การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน อัตราไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน อัตราไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน อัตราไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน อัตราไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน อัตราไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน อัตราไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ที่.....5.....คะแนน
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวรชพรรณ บำรุงรัตน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ 0 3861 3735 ต่อ 2103 มือถือ 08 5219 7639 E – mail address : Thachaphan2013@gmail.com

แผนงานที่	Plan 2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการ	P2. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัด	<p>MOU_03 ANC คุณภาพ</p> <p>3.1) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75</p> <p>3.2) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการบริการฝากครรภ์ ครบ 8 ครั้ง ตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ 50</p> <p>3.3) ร้อยละของหญิงหลังคลอด ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ 75</p> <p>3.4) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและกรดโฟลิก \geq ร้อยละ 85</p>
คำนิยาม	การตายมารดาไทย หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตกรรม ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ANC คุณภาพ</p> <p>1) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75</p> <p>2) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการบริการฝากครรภ์ ครบ 8 ครั้ง ตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ 50</p> <p>3) ร้อยละของหญิงหลังคลอด ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ 75</p> <p>4) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและกรดโฟลิก \geq ร้อยละ 85</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	ประเมิน ระดับ CUP (สสอ. และโรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. บันทึกข้อมูลการเกิดมีชีพในโปรแกรมหลักของสถานบริการและส่งออกด้วยระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองรวบรวมข้อมูล</p>
แหล่งข้อมูล	<p>1. ข้อมูลจากโปรแกรม HDC Service</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงคลอดในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงคลอดในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่สิ้นสุดการคลอดในช่วงเวลาเดียวกัน (BTYPE ไม่เท่ากับ 6)
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนหญิงคลอดในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการบริการฝากครรภ์ ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนหญิงคลอดในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่สิ้นสุดการคลอดในช่วงเวลาเดียวกัน (BTYPE ไม่เท่ากับ 6)
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนหญิงหลังคลอดในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการเยี่ยมหลังคลอดครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์
รายการข้อมูล 6	F = จำนวนหญิงหลังคลอดในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่สิ้นสุดการคลอดครบ 42 วัน ในช่วงเวลาเดียวกัน (BTYPE ไม่เท่ากับ 6)
รายการข้อมูล 7	G = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก
รายการข้อมูล 8	H = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มาฝากครรภ์ในช่วงเวลาเดียวกัน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ = $A/B \times 100$ 2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการบริการฝากครรภ์ ครบ 8 ครั้ง ตามเกณฑ์ = $C/D \times 100$ 3. หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอดครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ = $E/F \times 100$ 4. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก = $G/H \times 100$																																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="392 423 1430 846"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์</td> <td>ร้อยละ</td> <td>74.29</td> <td>74.70</td> <td>68.79</td> </tr> <tr> <td>ฝากครรภ์ ครบ 8 ครั้ง ตามเกณฑ์</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>13.80</td> </tr> <tr> <td>หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอดครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์</td> <td>ร้อยละ</td> <td>57.71</td> <td>49.90</td> <td>60.84</td> </tr> <tr> <td>หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก</td> <td>ร้อยละ</td> <td>77.82</td> <td>75.37</td> <td>77.22</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2564	2565	2566	ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	ร้อยละ	74.29	74.70	68.79	ฝากครรภ์ ครบ 8 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ	-	-	13.80	หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอดครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ	57.71	49.90	60.84	หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	ร้อยละ	77.82	75.37	77.22
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																															
		2564	2565	2566																													
ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	ร้อยละ	74.29	74.70	68.79																													
ฝากครรภ์ ครบ 8 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ	-	-	13.80																													
หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอดครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ	57.71	49.90	60.84																													
หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	ร้อยละ	77.82	75.37	77.22																													
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3 เดือน ,5 เดือน , 6 เดือน , 9 เดือน ,10 เดือนและ 12 เดือน																																
วิธีการประเมิน	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมเอกสารการดำเนินงานฝ่ายระวางมารดาไทย 2. ติดตามข้อมูลการฝ่ายระวางมารดาไทยตายเปรียบเทียบกับเป้าหมาย โดยเปรียบเทียบจากระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ผ่านโปรแกรม HDC Service																																
เกณฑ์การประเมิน	การดำเนินงาน 1. มีฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ มีการวางแผนบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 2. มีการใช้ CPG เพื่อการดูแลและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภายใน CUP 3. มีการใช้มาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันปัญหาการตายมารดาไทย ผลลัพธ์ 1. ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75 2. ฝากครรภ์ ครบ 8 ครั้ง ตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ 50 3. หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอดครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ 75 4. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก \geq ร้อยละ 85																																
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน :																																	
3.1) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75																																	
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																												
3 เดือน	$<$ ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	$>$ ร้อยละ 50																												
5 เดือน	$<$ ร้อยละ 45	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	$>$ ร้อยละ 60																												
6 เดือน	$<$ ร้อยละ 55	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	$>$ ร้อยละ 70																												
9 เดือน	$<$ ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	$>$ ร้อยละ 75																												
10 เดือน	$<$ ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	$>$ ร้อยละ 75																												
12 เดือน	$<$ ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	$>$ ร้อยละ 75																												

3.2) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการบริการฝากครรภ์ ครบ 8 ครั้ง ตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ 50

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-35	>ร้อยละ 35
5 เดือน	< ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-40	>ร้อยละ 40
6 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-45	>ร้อยละ 40
9 เดือน	< ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-50	>ร้อยละ 50
10 เดือน	< ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-50	>ร้อยละ 50
12 เดือน	< ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-50	>ร้อยละ 50

3.3) ร้อยละของหญิงหลังคลอด ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ 75

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50
5 เดือน	< ร้อยละ 45	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	>ร้อยละ 60
6 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	>ร้อยละ 70
9 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	>ร้อยละ 75
10 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	>ร้อยละ 75
12 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	>ร้อยละ 75

3.4) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและกรดโฟลิก \geq ร้อยละ 85

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	>ร้อยละ 70
5 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	>ร้อยละ 75
6 เดือน	< ร้อยละ 65	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	>ร้อยละ 80
9 เดือน	< ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	ร้อยละ 80-84.99	>ร้อยละ 85
10 เดือน	< ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	ร้อยละ 80-84.99	>ร้อยละ 85
12 เดือน	< ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	ร้อยละ 80-84.99	>ร้อยละ 85

หมายเหตุ การประเมินคะแนนในแต่ละช่วงเวลา **ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน** ให้นำผลคะแนนที่ได้ของข้อ ที่ 1-4 มารวมกัน แล้วหาร 4 จะได้คะแนนในภาพรวมออกมา

เกณฑ์การให้คะแนน**ภาพรวมของจังหวัด** :

1) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ \geq ร้อยละ 75

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50
5 เดือน	< ร้อยละ 45	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	>ร้อยละ 60
6 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	>ร้อยละ 70
9 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	>ร้อยละ 75
10 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	>ร้อยละ 75
12 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	>ร้อยละ 75

2) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการบริการฝากครรภ์ ครบ 8 ครั้ง ตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ 50

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-35	>ร้อยละ 35
5 เดือน	< ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-40	>ร้อยละ 40
6 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-45	>ร้อยละ 45
9 เดือน	< ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-50	>ร้อยละ 50
10 เดือน	< ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-50	>ร้อยละ 50
12 เดือน	< ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-50	>ร้อยละ 50

3) ร้อยละของหญิงหลังคลอด ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ 75

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50
5 เดือน	< ร้อยละ 45	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	>ร้อยละ 60
6 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	>ร้อยละ 70
9 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	>ร้อยละ 75
10 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	>ร้อยละ 75
12 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	>ร้อยละ 75

4) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและกรดโฟลิก \geq ร้อยละ 85

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	>ร้อยละ 70
5 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	>ร้อยละ 75
6 เดือน	< ร้อยละ 65	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	>ร้อยละ 80
9 เดือน	< ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	ร้อยละ 80-84.99	>ร้อยละ 85
10 เดือน	< ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	ร้อยละ 80-84.99	>ร้อยละ 85
12 เดือน	< ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	ร้อยละ 80-84.99	>ร้อยละ 85

หมายเหตุ การประเมินคะแนนในแต่ละช่วงเวลา ภาพรวมของแต่ละหน่วยงานให้นำผลคะแนนที่ได้ของข้อที่ 1-4 มารวมกัน แล้วหาร 4 จะได้คะแนนในภาพรวมออกมา

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ ทุกรอบการประเมิน 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ ทุกรอบการประเมิน 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่ 5 คะแนน
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวชพรรณ บำรุงรัตน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ 0 3861 3735 ต่อ 2103 มือถือ 08 5219 7639 E - mail address : Thachaphan2013@gmail.com

แผนงานที่	Plan 2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	P2. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ตัวชี้วัด	MOU_04 ร้อยละโรงพยาบาล/สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร				
คำนิยาม	คลินิกส่งเสริมการมีบุตร หมายถึง คลินิกที่มีการจัดบริการด้านการส่งเสริมการมีบุตรตามเกณฑ์ การให้บริการนโยบาย Quick win				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาล/สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 9 แห่ง				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 9 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสาขาสูตินรีเวชกรรม 2. ประเมินผลการดำเนินงานโดยคณะกรรมการประเมิน รพ.ผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก 3. สรุปรายงานโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง				
แหล่งข้อมูล	1. แบบรายงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสาขาสูตินรีเวชกรรม 2. โปรแกรม PN MCH 3. แบบสรุปรายงานผลการดำเนินงานการจัดบริการด้านการส่งเสริมการมีบุตร				
รายการข้อมูล 1	A = ผลการดำเนินงานการจัดบริการด้านการส่งเสริมการมีบุตรผ่านเกณฑ์				
รายการข้อมูล 2	B = โรงพยาบาล/สถานพยาบาลในพื้นที่ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละโรงพยาบาล/สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร $= A/B \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2564	2565	2566
	โรงพยาบาล/สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร	ร้อยละ	-	-	-
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3 เดือน, 5 เดือน , 6 เดือน , 9 เดือน , 10 เดือน และ 12 เดือน				
วิธีการประเมิน	ข้อมูลผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับกิจกรรมเป้าหมาย				

เกณฑ์การประเมิน	การดำเนินงาน 1. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน/สรุป/รายงานผลการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสาขาสูตินรีเวชกรรม 2. สนับสนุนเจ้าหน้าที่เข้าอบรมพัฒนาศักยภาพการให้คำปรึกษาเรื่องการรักษาภาวะมีบุตรยาก 3. สร้างการรับรู้และสร้างกระแสสังคม โดยจัดให้มีช่องทางการสื่อสาร/ประชาสัมพันธ์การใช้ชีวิตคู่ และการเข้าถึงหน่วยบริการเพื่อส่งเสริมการมีบุตร 4. มีการจัดตั้งคลินิกส่งเสริมการมีบุตรชัดเจน โดย 4.1 รพศ.จัดบริการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง (IUI) 4.2 รพท.จัดบริการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง (IUI) 4.3 รพช.จัดบริการตามบริบท 5. มีการใช้ CPG เพื่อการส่งเสริมการมีบุตรภายใน CUP ผลลัพธ์ ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาล/สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร					
	3 เดือน ดำเนินงาน 1-2 -	5 เดือน ดำเนินงาน 1-3 -	6 เดือน ดำเนินงาน 1-5 -	9 เดือน - ผลลัพธ์ 1	10 เดือน - ผลลัพธ์ 1	12 เดือน - ผลลัพธ์ 1
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวม ของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน 3 เดือน 5 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 10 เดือน 12 เดือน	การประเมิน กระบวนการ กระบวนการ กระบวนการ ร้อยละของโรงพยาบาล/ สถานพยาบาลในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขมีคลินิก ส่งเสริมการมีบุตร (ร้อยละ)	1 คะแนน ดำเนินงาน 1 ข้อ ดำเนินงาน 1 ข้อ ดำเนินงาน 1 ข้อ - - -	2 คะแนน ดำเนินงาน 2 ข้อ ดำเนินงาน 2 ข้อ ดำเนินงาน 2 ข้อ - - -	3 คะแนน ดำเนินงาน 3 ข้อ ดำเนินงาน 3 ข้อ ดำเนินงาน 3 ข้อ - - -	4 คะแนน ดำเนินงาน 4 ข้อ ดำเนินงาน 4 ข้อ ดำเนินงาน 4 ข้อ - - -	5 คะแนน ดำเนินงาน 5 ข้อ ดำเนินงาน 5 ข้อ ดำเนินงาน 5 ข้อ มี มี มี
หมายเหตุ : ประเมินในช่วง 3 เดือน 5 เดือน และ 6 เดือน คะแนนตามกระบวนการที่ดำเนินงาน ประเมินในช่วง 9 เดือน 10 เดือน และ 12 เดือน คะแนนตามผลลัพธ์ที่ดำเนินงานจัดตั้งคลินิก						

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวม ของจังหวัด						
คะแนน	การประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	ร้อยละของโรงพยาบาล ที่ได้ 3 คะแนนขึ้นไป	40-49.99	50-59.99	60-69.99	70-79.99	80
5 เดือน		50-59.99	60-69.99	70-79.99	80-89.99	90
6 เดือน		60-69.99	70-79.99	80-89.99	90-99.99	100
9 เดือน	ร้อยละของโรงพยาบาล ที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร	50-59.99	60-69.99	70-79.99	80-89.99	90
10 เดือน		60-69.99	70-79.99	80-89.99	90-99.99	100
12 เดือน		60-69.99	70-79.99	80-89.99	90-99.99	100
เกณฑ์การ ประเมินภาพรวม ของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนนผลลัพธ์ รอบ 5 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนนผลลัพธ์ รอบ 6 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนนผลลัพธ์ รอบ 9 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) \geq ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) \geq ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) \geq ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน					
การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนนผลลัพธ์ รอบ 5 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนนผลลัพธ์ รอบ 6 เดือน ที่ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1-5 ที่ 5 คะแนนผลลัพธ์ รอบ 9 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) \geq ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) \geq ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) \geq ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน					
หมายเหตุ	-					
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	นางสาวชพรรณ บำรุงรัตน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ 0 3861 3735 ต่อ 2103 มือถือ 08 5219 7639 E – mail address : Thachaphan2013@gmail.com					

แผนงานที่	Plan 2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย (วัยปฐมวัย)
ตัวชี้วัด	MOU_05 ร้อยละเด็กอายุ 12 เดือน ที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง
คำนิยาม	เด็กอายุครบ 12 เดือน หมายถึง เด็กอายุครบ 12 เดือน ในปีงบประมาณคำนวณจากวัน เดือน ปี เกิด ภาวะโลหิตจาง หมายถึง เด็กที่อายุครบ 12 เดือน ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจาง ในช่วงอายุ 6-12 เดือน และมีค่าฮีมาโตคริต น้อยกว่า 33% หรือ ค่าฮีโมโกลบิน น้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร
เกณฑ์เป้าหมาย	5.1) ร้อยละของเด็กอายุ 12 เดือน ที่ตรวจคัดกรอง \geq ร้อยละ 80 5.2) ร้อยละของเด็กอายุ 12 เดือน ที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง \leq ร้อยละ 20 5.3) ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก \geq ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ 12 เดือน ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	ประเมิน ระดับ CUP (สสอ. และโรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.หน่วยบริการตรวจค่าฮีมาโตคริตหรือฮีโมโกลบิน เด็กอายุ 6-12 เดือน 2.บันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโปรแกรม HDC Service
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุครบ 12 เดือน ในเขตที่รับผิดชอบ ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจาง ในช่วงอายุ 6-12 เดือน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุครบ 12 เดือน ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กอายุครบ 12 เดือน ในเขตที่รับผิดชอบ ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจาง ในช่วงอายุ 6-12 เดือน พบภาวะโลหิตจาง (ตรวจโดยไม่ว่าพบรหัส ICD10 A00-A99,B00-B34,B50-B83,B90-B99,C81-C96,D47,D50-D89,P50-P57,R58,R70,R71,S00-S99,T00-T14,T08-T88)
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนเด็กอายุครบ 12 เดือน ในเขตที่รับผิดชอบทั้งหมด ได้รับการตรวจภาวะโลหิต(ตรวจโดยไม่ว่าพบรหัส ICD10 A00-A99,B00-B34,B50-B83,B90-B99,C81-C96,D47,D50-D89,P50-P57,R58,R70,R71,S00-S99,T00-T14,T08-T88) ในเวลาเดียวกัน
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก
รายการข้อมูล 6	F = จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มารับบริการวัคซีน ในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1) ร้อยละของเด็กอายุ 12 เดือน ที่ตรวจคัดกรอง = $A/B \times 100$ 2) ร้อยละของเด็กอายุ 12 เดือน ที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง = $C/D \times 100$ 3) ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก \geq ร้อยละ 80. = $E/F \times 100$

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	
	เด็กอายุ 12 เดือน ที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง	ร้อยละ	-	-	-	
	เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยารักษาเสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ	79.99	77.33	68.79	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3 เดือน ,5 เดือน ,6 เดือน ,9 เดือน ,10 เดือน และ 12 เดือน					
วิธีการประเมิน	ข้อมูลผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับกิจกรรมเป้าหมาย					
เกณฑ์การประเมิน						
1. ร้อยละของเด็กอายุ 12 เดือน ที่ตรวจคัดกรอง						
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
2. ร้อยละของเด็กอายุ 12 เดือน ที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง						
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	<ร้อยละ 20	<ร้อยละ 20	<ร้อยละ 20	<ร้อยละ 20	<ร้อยละ 20	<ร้อยละ 20
3. ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยารักษาเสริมธาตุเหล็ก						
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
1. ร้อยละของเด็กอายุ 12 เดือน ที่ตรวจคัดกรอง \geq ร้อยละ 80						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< ร้อยละ 20	ร้อยละ 20 – 29.99	ร้อยละ 30 – 39.99	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50	
5 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 30 – 39.99	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60	
6 เดือน	< ร้อยละ 40	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70	
9 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80	
10 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80	
12 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80	
2. ร้อยละของเด็กอายุ 12 เดือน ที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง \leq ร้อยละ 20						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20	
5 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20	
6 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20	
9 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20	
10 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20	
12 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20	

3. ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก \geq ร้อยละ 80

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 20	ร้อยละ 20 – 29.99	ร้อยละ 30 – 39.99	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50
5 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 30 – 39.99	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60
6 เดือน	< ร้อยละ 40	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70
9 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80
10 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80
12 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80

หมายเหตุ การประเมินคะแนนในแต่ละช่วงเวลา ภาพรวมของแต่ละหน่วยงานให้นำผลคะแนนที่ได้ของข้อที่ 1 – 3 มารวมกันแล้วหาร 3 จะได้คะแนนในภาพรวมออกมา

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของจังหวัด

1. ร้อยละของเด็กอายุ 12 เดือน ที่ตรวจคัดกรอง \geq ร้อยละ 80

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 20	ร้อยละ 20 – 29.99	ร้อยละ 30 – 39.99	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50
5 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 30 – 39.99	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60
6 เดือน	< ร้อยละ 40	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70
9 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80
10 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80
12 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80

2. ร้อยละของเด็กอายุ 12 เดือน ที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20
5 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20
6 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20
9 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20
10 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20
12 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20

3. ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 20	ร้อยละ 20 – 29.99	ร้อยละ 30 – 39.99	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50
5 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 30 – 39.99	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60
6 เดือน	< ร้อยละ 40	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70
9 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80
10 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80
12 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80

หมายเหตุ การประเมินคะแนนในแต่ละช่วงเวลา ภาพรวมของจังหวัดให้นำผลคะแนนที่ได้ของข้อที่ 1 – 3 มารวมกันแล้วหาร 3 จะได้คะแนนในภาพรวมออกมา

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ ทุกรอบการประเมิน 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ ทุกรอบการประเมิน 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่ 5 คะแนน
หมายเหตุ	-
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวชพรรณ บำรุงรัตน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ 0 3861 3735 ต่อ 2103 มือถือ 08 5219 7639 E – mail address : Thachaphan2013@gmail.com

แผนงานที่ 2	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย (เด็กปฐมวัย)
ตัวชี้วัด	MOU_06 เด็กปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) มีพัฒนาการสมวัย 6.1) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี (เด็กปฐมวัย) มีพัฒนาการสมวัย 6.2) ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพบพัฒนาการ พบสงสัย 6.3) ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนด มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม
คำนิยาม	เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก (สมวัยครั้งที่ 1) รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำ แล้วผลการประเมินผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (สมวัยครั้งที่ 2) (รหัส 1B260)
เกณฑ์เป้าหมาย	1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี (เด็กปฐมวัย) มีพัฒนาการสมวัย \geq ร้อยละ 86 2. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพบพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า \geq ร้อยละ 20 3. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนด มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม \geq ร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง (Type 1,3)
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	ประเมิน ระดับ CUP (สสอ. และโรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลการคัดกรอง/ติดตาม/กระตุ้นพัฒนาการในโปรแกรมหลักของสถานบริการและส่งออกด้วยระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโปรแกรม HDC Service (กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> อนามัยแม่และเด็ก >> ผลการดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุ specialpp)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก (สมวัยครั้งที่ 1) และประเมินซ้ำ แล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (สมวัยครั้งที่ 2) (รหัส 1B260)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง (Type 1,3)
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ตั้งแต่ 1 ด้านหรือมากกว่า (คัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 1) (รหัส 1B261)
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) พบพัฒนาการล่าช้าต้องส่งต่อทันที (คัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 1) (รหัส 1B262)
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

รายการข้อมูล 6	F = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ตั้งแต่ 1 ด้าน หรือมากกว่า (คัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 1) (1B261) ได้รับการติดตามเพื่อกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย = $A/B \times 100$ 2. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า = $(C+D)/E \times 100$ 3. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน = $F/C \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	
	เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	81.09	79.71	79.96	
	เด็กอายุ 0-5 ปี คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ	36.76	30.95	25.77	
เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน	ร้อยละ	87.55	93.84	94.17		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน					
วิธีการประเมิน	ข้อมูลการคัดกรอง/ติดตาม/กระตุ้นพัฒนาการเด็กเปรียบเทียบกับเป้าหมายจากระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม					
เกณฑ์การประเมิน	ผลลัพธ์					
	1. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย \geq ร้อยละ 86 2. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า \geq ร้อยละ 20 3. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม \geq ร้อยละ 90					
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
ผลลัพธ์	ผลลัพธ์	ผลลัพธ์	ผลลัพธ์	ผลลัพธ์	ผลลัพธ์	
1-3	1-3	1-3	1-3	1-3	1-3	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน :						
รอบ 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน นำคะแนนที่ได้รวมกันแล้วหารด้วย 3						
คะแนน	การประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	1) เด็กมีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ)	< 56	56	66	76	\geq 86
	2) คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (ร้อยละ)	< 5	5	10	15	\geq 20
	3) เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน (ร้อยละ)	< 60	60	70	80	\geq 90
รวมคะแนน		3 คะแนน=1	6 คะแนน=2	9 คะแนน=3	12 คะแนน=4	15 คะแนน=5

5 เดือน	1) เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย	< 56	56	66	76	≥ 86
	2) คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	< 5	5	10	15	≥ 20
	3) เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน	< 60	60	70	80	≥ 90
รวมคะแนน		3 คะแนน=1	6 คะแนน=2	9 คะแนน=3	12 คะแนน=4	15 คะแนน=5
6 เดือน	1) เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ)	< 56	56	66	76	≥ 86
	2) คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (ร้อยละ)	< 5	5	10	15	≥ 20
	3) เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน (ร้อยละ)	< 60	60	70	80	≥ 90
รวมคะแนน		3 คะแนน=1	6 คะแนน=2	9 คะแนน=3	12 คะแนน=4	15 คะแนน=5
9 เดือน	1) เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ)	< 56	56	66	76	≥ 86
	2) คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (ร้อยละ)	< 5	5	10	15	≥ 20
	3) เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน (ร้อยละ)	< 60	60	70	80	≥ 90
รวมคะแนน		3 คะแนน=1	6 คะแนน=2	9 คะแนน=3	12 คะแนน=4	15 คะแนน=5
10 เดือน	1) เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ)	< 56	56	66	76	≥ 86
	2) คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (ร้อยละ)	< 5	5	10	15	≥ 20
	3) เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน (ร้อยละ)	< 60	60	70	80	≥ 90
รวมคะแนน		3 คะแนน=1	6 คะแนน=2	9 คะแนน=3	12 คะแนน=4	15 คะแนน=5
12 เดือน	1) เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ)	< 56	56	66	76	≥ 86
	2) คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (ร้อยละ)	< 5	5	10	15	≥ 20
	3) เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน (ร้อยละ)	< 60	60	70	80	≥ 90
รวมคะแนน		3 คะแนน=1	6 คะแนน=2	9 คะแนน=3	12 คะแนน=4	15 คะแนน=5

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด : 3 5 6 9 10 และ 12 เดือน นำคะแนนที่ได้รวมกันแล้วหารด้วย 3						
คะแนน	การประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	1) เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ)	< 56	56	66	76	≥ 86
	2) คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (ร้อยละ)	< 5	5	10	15	≥ 20
	3) เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน (ร้อยละ)	< 60	60	70	80	≥ 90
รวมคะแนน		3 คะแนน=1	6 คะแนน=2	9 คะแนน=3	12 คะแนน=4	15 คะแนน=5
5 เดือน	1) เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ)	< 56	56	66	76	≥ 86
	2) คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (ร้อยละ)	< 5	5	10	15	≥ 20
	3) เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน (ร้อยละ)	< 60	60	70	80	≥ 90
รวมคะแนน		3 คะแนน=1	6 คะแนน=2	9 คะแนน=3	12 คะแนน=4	15 คะแนน=5
6 เดือน	1) เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ)	< 56	56	66	76	≥ 86
	2) คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (ร้อยละ)	< 5	5	10	15	≥ 20
	3) เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน (ร้อยละ)	< 60	60	70	80	≥ 90
รวมคะแนน		3 คะแนน=1	6 คะแนน=2	9 คะแนน=3	12 คะแนน=4	15 คะแนน=5
9 เดือน	1) เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ)	< 56	56	66	76	≥ 86
	2) คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (ร้อยละ)	< 5	5	10	15	≥ 20
	3) เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน (ร้อยละ)	< 60	60	70	80	≥ 90
รวมคะแนน		3 คะแนน=1	6 คะแนน=2	9 คะแนน=3	12 คะแนน=4	15 คะแนน=5
10 เดือน	1) เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ)	< 56	56	66	76	≥ 86
	2) คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (ร้อยละ)	< 5	5	10	15	≥ 20
	3) เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน (ร้อยละ)	< 60	60	70	80	≥ 90
รวมคะแนน		3 คะแนน=1	6 คะแนน=2	9 คะแนน=3	12 คะแนน=4	15 คะแนน=5
12 เดือน	1) เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ)	< 56	56	66	76	≥ 86
	2) คัดกรองพัฒนาการ	< 5	5	10	15	≥ 20

	พบสงสัยล่าช้า (ร้อยละ)					
	3) เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน (ร้อยละ)	< 60	60	70	80	≥ 90
	รวมคะแนน	3 คะแนน=1	6 คะแนน=2	9 คะแนน=3	12 คะแนน=4	15 คะแนน=5
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้					
	รอบ 3 เดือน ที่ ผลลัพธ์	1) ≥ ร้อยละ 86 ที่ 5 คะแนน				
		2) ≥ ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน				
		3) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน				
	รอบ 5 เดือน ที่ ผลลัพธ์	1) ≥ ร้อยละ 86 ที่ 5 คะแนน				
		2) ≥ ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน				
		3) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน				
	รอบ 6 เดือน ที่ ผลลัพธ์	1) ≥ ร้อยละ 86 ที่ 5 คะแนน				
		2) ≥ ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน				
		3) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน				
	รอบ 9 เดือน ที่ ผลลัพธ์	1) ≥ ร้อยละ 86 ที่ 5 คะแนน				
		2) ≥ ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน				
		3) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน				
	รอบ 10 เดือน ที่ ผลลัพธ์	1) ≥ ร้อยละ 86 ที่ 5 คะแนน				
		2) ≥ ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน				
		3) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน				
	รอบ 12 เดือน ที่ ผลลัพธ์	1) ≥ ร้อยละ 86 ที่ 5 คะแนน				
		2) ≥ ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน				
		3) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้					
	รอบ 3 เดือน ที่ ผลลัพธ์	1) ≥ ร้อยละ 86 ที่ 5 คะแนน				
		2) ≥ ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน				
		3) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน				
	รอบ 5 เดือน ที่ ผลลัพธ์	1) ≥ ร้อยละ 86 ที่ 5 คะแนน				
		2) ≥ ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน				
		3) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน				
	รอบ 6 เดือน ที่ ผลลัพธ์	1) ≥ ร้อยละ 86 ที่ 5 คะแนน				
		2) ≥ ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน				
		3) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน				
	รอบ 9 เดือน ที่ ผลลัพธ์	1) ≥ ร้อยละ 86 ที่ 5 คะแนน				
		2) ≥ ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน				
		3) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน				
	รอบ 10 เดือน ที่ ผลลัพธ์	1) ≥ ร้อยละ 86 ที่ 5 คะแนน				
		2) ≥ ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน				
		3) ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน				

	รอบ 12 เดือน ที่ ผลลัพธ์ 1) \geq ร้อยละ 86 ที่ 5 คะแนน 2) \geq ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน 3) \geq ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน
หมายเหตุ	-
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	นางสาวชพรรณ บำรุงรัตน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ 0 3861 3735 ต่อ 2103 มือถือ 08 5219 7639 E – mail address : Thachaphan2013@gmail.com

แผนงานที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)														
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย (วัยปฐมวัย)														
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_07 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย														
คำนิยาม	<p>เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้า หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ส่งสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่ามีการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป ทั้งนี้ ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการ ตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD-10 (หมวด F84.x, G80.x, Q90.x) ในเขตสุขภาพที่ 13 หมายถึง เด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่ ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่ส่งสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่ามีการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป</p> <p>ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือใช้เครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ เช่น คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี (Developmental Skill Inventory: DSI) , คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี, โปรแกรมการฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย) เป็นต้น ภายในระยะเวลา 3 เดือน (90 วัน) แล้วกลับมาประเมินพัฒนาการตามช่วงอายุปัจจุบันทั้ง 5 ด้าน จากการประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> <th>ปีงบประมาณ 71</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 40</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71	ร้อยละ 35	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ปีงบประมาณ 71											
ร้อยละ 35	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อขยายความครอบคลุมให้เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ทำให้เด็กมีพัฒนาการก้าวหน้า/กลับมาสมวัย ส่งผลต่อระดับสติปัญญา 2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า และระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ปกครอง/ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจ และเห็นความสำคัญในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย 														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมาย : เด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)														

	ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่ามีการล่าช้า อย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป ทั้งนี้ ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการ ตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD-10 (หมวด F84.x, G80.x, Q90.x)					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เป้าหมาย : ใช้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 66 – 30 ก.ย. 67 ทั้งตัวตั้งและตัวหาร					
แหล่งข้อมูล	เป้าหมาย : ข้อมูลถึงข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ทั้งหมด โดย ข้อมูลเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ครบตามเกณฑ์ทั้งหมด ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการในหมวดที่กำหนด ข้อมูลเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัยทั้งหมด ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการ ในหมวดที่กำหนด					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นครบตามเกณฑ์แล้วได้รับการติดตามมาประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วย DSPM					
สูตรคำนวณ	ตามเกณฑ์เป้าหมาย = (A/B) x 100					
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC)					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2564	2565	2566	
	TEDA4I	ร้อยละ	33.87%	69.77%	64.52%	
ระยะเวลาประเมินผล	เป้าหมาย : 3 เดือน 5 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 10 เดือน และ 12 เดือน					
เกณฑ์การประเมิน :						
ปี 2567 : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย						
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน
TEDA4I	≥ ร้อยละ 10	≥ ร้อยละ 15	≥ ร้อยละ 20	≥ ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≤ ร้อยละ 2	ร้อยละ 2-3.99	ร้อยละ 4-6.99	ร้อยละ 7-10	> ร้อยละ 10
5 เดือน	≤ ร้อยละ 5	ร้อยละ 5-9.99	ร้อยละ 10-14.99	ร้อยละ 15-20	> ร้อยละ 20
6 เดือน	≤ ร้อยละ 10	ร้อยละ 10-14.99	ร้อยละ 15-19.99	ร้อยละ 20-25	> ร้อยละ 25
9 เดือน	≤ ร้อยละ 15	ร้อยละ 15-19.99	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-30	> ร้อยละ 30
10 เดือน	≤ ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-35	> ร้อยละ 35
12 เดือน	≤ ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-40	> ร้อยละ 40

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≤ ร้อยละ 2	ร้อยละ 2-3.99	ร้อยละ 4-6.99	ร้อยละ 7-9	> ร้อยละ 10
5 เดือน	≤ ร้อยละ 5	ร้อยละ 5-9.99	ร้อยละ 10-14.99	ร้อยละ 15-20	> ร้อยละ 20
6 เดือน	≤ ร้อยละ 10	ร้อยละ 10-14.99	ร้อยละ 15-19.99	ร้อยละ 20-25	> ร้อยละ 25
9 เดือน	≤ ร้อยละ 15	ร้อยละ 15-19.99	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-30	> ร้อยละ 30
10 เดือน	≤ ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-35	> ร้อยละ 35
12 เดือน	≤ ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-40	> ร้อยละ 40

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥10..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥20..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥25..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥30..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥35..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥40..... ที่.....5.....คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥10..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥20..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥25..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥30..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥35..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥40..... ที่.....5.....คะแนน
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ชื่อ นางชนาธิป วัฒนนภาพเกษม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง E-mail : songserm011rayong@gmail.com

แผนงานที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย (ปฐมวัย)			
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_08 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า เข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน			
คำนิยาม	เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าหมายถึงเด็กอายุ 0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการ คัดกรอง/ตรวจประเมิน /วินิจฉัย โดยทีมสหวิชาชีพ แล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า เข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน หมายถึง เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า ที่ได้รับการเกี่ยวกับพัฒนาการและ/หรือสุขภาพจิตเช่น การตรวจประเมิน/วินิจฉัย การกระตุ้นพัฒนาการการให้คำปรึกษาการบำบัดรักษา และหรือโปรแกรมการประเมิน/ฝึกตาม วิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อความหมายนักวิชาการศึกษาพิเศษ หรือวิชาชีพอื่นที่ผ่านอบรม) ตามรหัส หัตถการ ICD9CM ดังต่อไปนี้ 89.01- 89.09, 89.13,89.15, 89.7, 93.01-93.09,93.11-93.19,93.21-93.29,93.31,93.32,93.33,93.35,93.36,93.38,93.39,93.52,93.59,93.61-93.67,93.71,93.72,93.74,93.75,93.81-93.89,93.99,94.xx และรหัส Special PP ดังต่อไปนี้ 1B271,1B272,1B273,1B274,1B275			
เกณฑ์เป้าหมาย :	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน			
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้เด็กปฐมวัยอายุ 0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการคัดกรองตรวจประเมิน วินิจฉัย อย่างครอบคลุม 2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลและติดตามเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพ 3. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมาย เด็กอายุ 0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการคัดกรอง/ตรวจประเมิน / วินิจฉัย โดยทีมสหวิชาชีพ แล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เป้าหมาย : ใช้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health DataCenter: HDC) ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 65 – 30 ก.ย. 66 ทั้งตัวตั้งและตัวหาร รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายบริการในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ			
แหล่งข้อมูล	เป้าหมาย : ข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 1-13 ใช้ผลของเด็กปฐมวัยอายุ 0-5ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีพัฒนาการล่าช้าในเขตสุขภาพที่ได้รับบริการ ด้านพัฒนาการและสุขภาพจิตด้วยหัตถการ ICD-9-CM (ฟื้นฟูและจิตเวช) และรหัส Special PP (TEDA4I) จากข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ทั้งหมด			
รายการข้อมูล 1	A = เด็กปฐมวัยอายุ 0-5 ปี 11เดือน 29 วัน ที่ได้รับบริการด้วยหัตถการ ICD-9-CM (ฟื้นฟูและจิตเวช) + รหัส Special PP (TEDA4I)			
รายการข้อมูล 4	B = เด็กปฐมวัยอายุ 0-5 ปี 11 เดือน 29 วัน x ความชุก (ร้อยละ 4.2)			
สูตรคำนวณ	ตามเกณฑ์เป้าหมาย = (A/B)			

ระยะเวลาประเมินผล	เป้าหมาย : 3 เดือน 5 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 10 เดือน และ 12 เดือน					
วิธีการประเมินผล	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC)					
เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน						
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน
มาตรฐาน	≤ร้อยละ 11	ร้อยละ 11.01-12.00	ร้อยละ 12.01-13.00	ร้อยละ 13.01-14.00	ร้อยละ 14.01-15.00	>ร้อยละ 15
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≤ร้อยละ 6.99	ร้อยละ 7-7.99	ร้อยละ 8-8.99	ร้อยละ 9-9.99	≥ร้อยละ 10	
5 เดือน	≤ร้อยละ 7.99	ร้อยละ 8-8.99	ร้อยละ 9-9.99	ร้อยละ 10-10.99	≥ร้อยละ 11	
6 เดือน	≤ร้อยละ 8.99	ร้อยละ 9-9.99	ร้อยละ 10-10.99	ร้อยละ 11-11.99	≥ร้อยละ 12	
9 เดือน	≤ร้อยละ 9.99	ร้อยละ 10-10.99	ร้อยละ 11-11.99	ร้อยละ 12-12.99	≥ร้อยละ 13	
10 เดือน	≤ร้อยละ 10.99	ร้อยละ 11-11.99	ร้อยละ 12-12.99	ร้อยละ 13-13.99	≥ร้อยละ 14	
12 เดือน	≤ร้อยละ 11.99	ร้อยละ 12-12.99	ร้อยละ 13-13.99	ร้อยละ 14-14.99	≥ร้อยละ 15	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≤ร้อยละ 6.99	ร้อยละ 7-7.99	ร้อยละ 8-8.99	ร้อยละ 9-9.99	≥ร้อยละ 10	
5 เดือน	≤ร้อยละ 7.99	ร้อยละ 8-8.99	ร้อยละ 9-9.99	ร้อยละ 10-10.99	≥ร้อยละ 11	
6 เดือน	≤ร้อยละ 8.99	ร้อยละ 9-9.99	ร้อยละ 10-10.99	ร้อยละ 11-11.99	≥ร้อยละ 12	
9 เดือน	≤ร้อยละ 9.99	ร้อยละ 10-10.99	ร้อยละ 11-11.99	ร้อยละ 12-12.99	≥ร้อยละ 13	
10 เดือน	≤ร้อยละ 10.99	ร้อยละ 11-11.99	ร้อยละ 12-12.99	ร้อยละ 13-13.99	≥ร้อยละ 14	
12 เดือน	≤ร้อยละ 11.99	ร้อยละ 12-12.99	ร้อยละ 13-13.99	ร้อยละ 14-14.99	≥ร้อยละ 15	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥9..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥10..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥11..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥13..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥14..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥15..... ที่.....5.....คะแนน					
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥9..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥10..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ.....≥11..... ที่.....5.....คะแนน					

	<p>รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ.....\geq13..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ.....\geq14..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ.....\geq15..... ที่.....5.....คะแนน</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>นางชนาธิป วัฒนนภาเกษม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์มือถือ 08 1758 6270</p> <p>E-mail : Chanatip.jim@gmail.com E-mail : songserm011rayong@gmail.com</p>

แผนงานที่ 2	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย (วัยเรียน)				
ตัวชี้วัด	MOU_09 ร้อยละของเด็กอายุ 6 – 14 ปี สูงดีสมส่วน (วัยเรียน)				
คำนิยาม	<p>เด็ก หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม – 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p> <p>โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับ ประถมศึกษาขยายโอกาสและมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง</p> <p>สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมี น้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)</p> <p>ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน</p> <p>ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง $>+2S.D.$ขึ้นไป โดยใช้กราฟแสดง เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี 2542</p> <p>ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D.</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิง อายุ 12 ปี (เด็กอายุ 12 ปี เต็ม ถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 61	ปีงบประมาณ 2568 ร้อยละ 66	ปีงบประมาณ 2569 ร้อยละ 66	ปีงบประมาณ 2570 ร้อยละ 66	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6 – 14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ม.1 – ม.3 ทุกสังกัด				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	CUP โรงพยาบาล สสอ. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ข้อมูลจากแฟ้ม Nutrition (ไม่รวมเด็กป่วยที่มารับบริการ)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน = $(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2564	2565	2566
	ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	70.12	63.52	64.31

ระยะเวลาประเมินผล	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ : ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ธ.ค., ม.ค., กพ.					
วิธีการประเมิน	ข้อมูลในระบบ HDC เปรียบเทียบกับเป้าหมาย เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 61					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 61	ร้อยละ 61	ร้อยละ 61	ร้อยละ 61	ร้อยละ 61	ร้อยละ 61
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55 – 56.99	ร้อยละ 57 – 58.99	ร้อยละ 59 – 60.99	≥ ร้อยละ 61	
5 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55 – 56.99	ร้อยละ 57 – 58.99	ร้อยละ 59 – 60.99	≥ ร้อยละ 61	
6 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55 – 56.99	ร้อยละ 57 – 58.99	ร้อยละ 59 – 60.99	≥ ร้อยละ 61	
9 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55 – 56.99	ร้อยละ 57 – 58.99	ร้อยละ 59 – 60.99	≥ ร้อยละ 61	
10 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55 – 56.99	ร้อยละ 57 – 58.99	ร้อยละ 59 – 60.99	≥ ร้อยละ 61	
12 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55 – 56.99	ร้อยละ 57 – 58.99	ร้อยละ 59 – 60.99	≥ ร้อยละ 61	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55 – 56.99	ร้อยละ 57 – 58.99	ร้อยละ 59 – 60.99	≥ ร้อยละ 61	
5 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55 – 56.99	ร้อยละ 57 – 58.99	ร้อยละ 59 – 60.99	≥ ร้อยละ 61	
6 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55 – 56.99	ร้อยละ 57 – 58.99	ร้อยละ 59 – 60.99	≥ ร้อยละ 61	
9 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55 – 56.99	ร้อยละ 57 – 58.99	ร้อยละ 59 – 60.99	≥ ร้อยละ 61	
10 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55 – 56.99	ร้อยละ 57 – 58.99	ร้อยละ 59 – 60.99	≥ ร้อยละ 61	
12 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55 – 56.99	ร้อยละ 57 – 58.99	ร้อยละ 59 – 60.99	≥ ร้อยละ 61	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 61 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 61 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 61 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 61 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 61 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 61 ที่ 5 คะแนน					
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 61 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 61 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 61 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 61 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 61 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 61 ที่ 5 คะแนน					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวปาณิสรา ศรีดีโรมนต์ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ 09 9654 9915		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง E-mail : Enhpollution@gmail.com			

แผนงานที่ 2	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย (วัยเรียน)
ตัวชี้วัด	MOU_10 การเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางของเด็กวัยเรียน 10.1 ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง 10.2 ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1 มีภาวะโลหิตจาง 10.3 ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1 ที่มีภาวะโลหิตจางได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก
คำนิยาม	นักเรียนชั้น ป.1 หมายถึง นักเรียนที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ป.1 ในโรงเรียนทุกสังกัด ตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง หมายถึง การตรวจระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct) โดยการเจาะเลือดจากปลายนิ้วมือ ภาวะโลหิตจาง (Anemia) หรือ ซีด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีปริมาณเม็ดเลือดแดงในเลือด น้อยกว่าปกติ เกณฑ์เด็กอายุ 5-11 ปี มีค่า Hb < 11.5 กรัม ต่อเดซิลิตร, Hct < 34% และ เกณฑ์เด็ก (ที่มา: Iron Deficiency Anemia Assessment, Prevention, and Control. WHO 2001) การติดตามและส่งต่อ หมายถึง การติดตามนักเรียนที่มีภาวะโลหิตจางและได้รับประทานยาเม็ด เสริมธาตุเหล็ก 1 เดือน และกรณีพบผลผิดปกติต้องได้รับการส่งต่อไปที่สถานบริการสาธารณสุข
เกณฑ์เป้าหมาย	1. นักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 2. นักเรียนชั้น ป.1 มีภาวะโลหิตจางไม่เกินร้อยละ 20 3. นักเรียนชั้น ป.1 ที่มีภาวะโลหิตจางได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นักเรียนชั้น ป.1 ของโรงเรียนทุกสังกัด
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	CUP โรงพยาบาล สสอ. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แห่ง (Community Service) จากการบันทึกของหน่วยบริการสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1. โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด 2. ระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนนักเรียนชั้น ป.1 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (HB) หรือปริมาณ เม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) (จากแฟ้ม Community Service รหัส 1H3010-1H3011)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนนักเรียนชั้น ป.1 ทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนนักเรียนชั้น ป.1 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (HB) หรือปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) และพบภาวะโลหิตจาง (Anemia) หรือ ซีด
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนนักเรียนชั้น ป.1 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (HB) หรือปริมาณ เม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) (จากแฟ้ม Community Service รหัส 1H3010-1H3011)
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนนักเรียนชั้น ป.1 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (HB) หรือปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) และพบผิดปกติ และได้รับยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อรักษา (จากแฟ้ม Community Service รหัส 1H3011)

รายการข้อมูล 6	F = จำนวนนักเรียนชั้น ป.1 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (HB) หรือปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) และพบภาวะโลหิตจาง (Anemia) หรือ ซีด																												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hb) หรือปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) = $(A/B) \times 100$ 2. ร้อยละของนักเรียน ป.1 ที่ได้รับตรวจระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hb) หรือ ปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) ผลผลิตปกติ = $(C/D) \times 100$ 3. ร้อยละของนักเรียน ป.1 ที่ได้รับตรวจระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hb) หรือ ปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) ผลผลิตปกติและได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเพื่อรักษา = $(E/F) \times 100$																												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="416 663 1465 965"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. นักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2. นักเรียนชั้น ป.1 มีภาวะโลหิตจาง</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>3. นักเรียนชั้น ป.1 ที่มีภาวะโลหิตจางได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>						Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2564	2565	2566	1. นักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง	ร้อยละ	-	-	-	2. นักเรียนชั้น ป.1 มีภาวะโลหิตจาง	ร้อยละ	-	-	-	3. นักเรียนชั้น ป.1 ที่มีภาวะโลหิตจางได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ	-	-	-
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																											
		2564	2565	2566																									
1. นักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง	ร้อยละ	-	-	-																									
2. นักเรียนชั้น ป.1 มีภาวะโลหิตจาง	ร้อยละ	-	-	-																									
3. นักเรียนชั้น ป.1 ที่มีภาวะโลหิตจางได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ	-	-	-																									
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน 5 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 10 เดือนและ 12 เดือน																												
วิธีการประเมิน	วิเคราะห์และสรุปผลจากแฟ้มงานอนามัยโรงเรียน ในระบบ HDC อย่างน้อยปีการศึกษาละ 1 ครั้ง																												
เกณฑ์การประเมิน	1. ร้อยละนักเรียนชั้น ป.1 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง <table border="1" data-bbox="416 1178 1465 1279"> <thead> <tr> <th>3 เดือน</th> <th>5 เดือน</th> <th>6 เดือน</th> <th>9 เดือน</th> <th>10 เดือน</th> <th>12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>						3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80											
3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน																								
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80																								
2. ร้อยละนักเรียนชั้น ป.1 มีภาวะโลหิตจาง																													
<table border="1" data-bbox="416 1346 1465 1447"> <thead> <tr> <th>3 เดือน</th> <th>5 เดือน</th> <th>6 เดือน</th> <th>9 เดือน</th> <th>10 เดือน</th> <th>12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 20%</td> <td>< 20%</td> <td>< 20%</td> <td>< 20%</td> <td>< 20%</td> <td>< 20%</td> </tr> </tbody> </table>							3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	< 20%	< 20%	< 20%	< 20%	< 20%	< 20%											
3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน																								
< 20%	< 20%	< 20%	< 20%	< 20%	< 20%																								
3. ร้อยละนักเรียนชั้น ป.1 ที่มีภาวะโลหิตจางได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก																													
<table border="1" data-bbox="416 1514 1465 1608"> <thead> <tr> <th>3 เดือน</th> <th>5 เดือน</th> <th>6 เดือน</th> <th>9 เดือน</th> <th>10 เดือน</th> <th>12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>							3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80											
3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน																								
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80																								

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

1. ร้อยละนักเรียนชั้น ป.1 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 20	ร้อยละ 20 – 29.99	ร้อยละ 30 – 39.99	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50
5 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 30 – 39.99	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60
6 เดือน	< ร้อยละ 40	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70
9 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80
10 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80
12 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80

2. ร้อยละนักเรียนชั้น ป.1 มีภาวะโลหิตจาง

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20
5 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20
6 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20
9 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20
10 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20
12 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20

3. ร้อยละนักเรียนชั้น ป.1 ที่มีภาวะโลหิตจางได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 20	ร้อยละ 20 – 29.99	ร้อยละ 30 – 39.99	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50
5 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 30 – 39.99	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60
6 เดือน	< ร้อยละ 40	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70
9 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80
10 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80
12 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80

หมายเหตุ การประเมินคะแนนในแต่ละช่วงเวลา **ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน**ให้นำผลคะแนนที่ได้ของข้อที่ 1 – 3 มารวมกันแล้วหาร 3 จะได้คะแนนในภาพรวมออกมา

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของจังหวัด

1. ร้อยละนักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 20	ร้อยละ 20 – 29.99	ร้อยละ 30 – 39.99	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50
5 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 30 – 39.99	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60
6 เดือน	< ร้อยละ 40	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70
9 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80
10 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80
12 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80

2. ร้อยละนักเรียนชั้น ป.1 มีภาวะโลหิตจาง

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20
5 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20
6 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20
9 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20
10 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20
12 เดือน	> ร้อยละ 24	ร้อยละ 23	ร้อยละ 22	ร้อยละ 21	< ร้อยละ 20

3. ร้อยละนักเรียนชั้น ป.1 ที่มีภาวะโลหิตจางได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 20	ร้อยละ 20 – 29.99	ร้อยละ 30 – 39.99	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50
5 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 30 – 39.99	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60
6 เดือน	< ร้อยละ 40	ร้อยละ 40 – 49.99	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70
9 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80

10 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80
12 เดือน	< ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	ร้อยละ 80
<p>หมายเหตุ การประเมินคะแนนในแต่ละช่วงเวลา <u>ภาพรวมของจังหวัด</u>ให้นำผลคะแนนที่ได้ของข้อ ที่ 1 – 3 มารวมกันแล้วหาร 3 จะได้คะแนนในภาพรวมออกมา</p>					
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ ทุกรอบการประเมิน 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ ทุกรอบการประเมิน 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่ 5 คะแนน				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวปาณิสรา ศรีดีโรมนต์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์ 09 9654 9915 E-mail : Enhpollution@gmail.com				

แผนงานที่	Plan 2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)					
โครงการ	P2. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย					
ตัวชี้วัด	MOU_11 ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุ 5 ปี (Fully Immunized)					
คำนิยาม	ครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุ 5 ปี (Fully Immunized) หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 5 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ 5 ปี					
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรเด็กกลุ่มเป้าหมายอายุ ครบ 5 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดในงวดที่รายงานจากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1, 3)					
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพ. /สสอ. /รพ.สต.ที่ถ่ายโอน					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม					
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม					
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีนพื้นฐานครบตามเกณฑ์					
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้มPerson ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัยType area = 1, 3)					
สูตรคำนวณ	$= (A/B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2563	2564	2565	
	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุครบ 5 ปี	ร้อยละ	76.31	71.76	61.47	
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุกไตรมาส					
วิธีการประเมิน	วัดผลลัพธ์จาก : รายงาน HDC (แฟ้มส่งเสริมป้องกัน : การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค)					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	\geq ร้อยละ 95	\geq ร้อยละ 95	\geq ร้อยละ 95	\geq ร้อยละ 95	\geq ร้อยละ 95	\geq ร้อยละ 95
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน (กำหนดเป็นผ่านและไม่ผ่าน)						
คะแนน	ผ่าน = 5 คะแนน			ไม่ผ่าน = 0 คะแนน		
3 เดือน	\geq ร้อยละ 95			$<$ ร้อยละ 95		
5 เดือน	\geq ร้อยละ 95			$<$ ร้อยละ 95		
6 เดือน	\geq ร้อยละ 95			$<$ ร้อยละ 95		
9 เดือน	\geq ร้อยละ 95			$<$ ร้อยละ 95		
10 เดือน	\geq ร้อยละ 95			$<$ ร้อยละ 95		
12 เดือน	\geq ร้อยละ 95			$<$ ร้อยละ 95		

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด (กำหนดเป็นผ่านและไม่ผ่าน)		
คะแนน	ผ่าน = 5 คะแนน	ไม่ผ่าน = 0 คะแนน
3 เดือน	≥ ร้อยละ 95	< ร้อยละ 95
5 เดือน	≥ ร้อยละ 95	< ร้อยละ 95
6 เดือน	≥ ร้อยละ 95	< ร้อยละ 95
9 เดือน	≥ ร้อยละ 95	< ร้อยละ 95
10 เดือน	≥ ร้อยละ 95	< ร้อยละ 95
12 เดือน	≥ ร้อยละ 95	< ร้อยละ 95
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ ทุกรอบการประเมินรอบ 3, 5, 6, 9, 10 และ รอบ 12 เดือน ต้องได้ผลงานมากกว่าร้อยละ 95 ถือว่าผ่านเกณฑ์ = 5 คะแนน ถ้าได้น้อยกว่าร้อยละ 95 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ = 0 คะแนน (วัคซีนทุกชนิดที่ให้บริการแต่ละกลุ่มอายุจะต้องไม่ต่ำกว่า 95)	
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ ทุกรอบการประเมินรอบ 3, 5, 6, 9, 10 และ รอบ 12 เดือน ต้องได้ผลงานมากกว่าร้อยละ 95 ถือว่าผ่านเกณฑ์ = 5 คะแนน ถ้าได้น้อยกว่าร้อยละ 95 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ = 0 คะแนน (วัคซีนทุกชนิดที่ให้บริการแต่ละกลุ่มอายุจะต้องไม่ต่ำกว่า 95)	
หมายเหตุ	จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้มPerson ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัยType area = 1, 3) ตัวเลขไม่คงที่ ฉะนั้นเป้าหมายที่นำมาคำนวณในแต่ละไตรมาสจะไม่เหมือนกัน	
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นายเวสารัช วรุตมะพงศ์พันธ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน นางสาวนิตติยา โคตมา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 062-2491581 E-mail. wiepid@gmail.com	

แผนงานที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย (วัยรุ่น)				
ตัวชี้วัด	MOU_12 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อ 1,000 คน				
คำนิยาม	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (adjusted) คือ จำนวนการคลอดบุตรมีชีพิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี จากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	
	ไม่เกิน 21.61	ไม่เกิน 19	ไม่เกิน 17	ไม่เกิน 15	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปีที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีทำการเก็บข้อมูล				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	CUP / โรงพยาบาล และ สสอ. ทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. เก็บรวบรวมข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการและส่งออกในระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม 2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 15 – 19 ปี ที่มีในแฟ้ม Labor				
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลการเกิดมีชีพและประชากรกลางปีจากฐานทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย 2. ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor) คู่อข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN) และเป็นประชากร Type Area (PERSON) = 1,3 ของเขตที่รับผิดชอบ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปีทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (เฉพาะประชากร Type Area (PERSON) =1,3) ของเขตที่รับผิดชอบ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีจากระบบ HDC = (A / B) X 1,000				
รายการข้อมูล 3 (adjusted)	a = ค่า adjusted = อัตราคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีจากฐานทะเบียนราษฎรปีพ.ศ.2565/ อัตราคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีจากฐานข้อมูล HDC ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 b = อัตราการคลอดจากระบบ HDC ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (ปรับเป็นอัตราการคลอด ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ) ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC X 4/1 ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC X 4/2 ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC X 4/3 ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC X 4/4				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี (adjusted) = a x b				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2564	2565	2566
	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	อัตราต่อประชากรหญิง 15 -19 ปี 1,000 คน	14.50	12.97	23.31
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน 5 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 10 เดือนและ 12 เดือน				

วิธีการประเมิน	ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดระยอง ประมวลผล ทุก 3 เดือน (Freeze ข้อมูลทุกวันที่ 16 ของเดือน) ไตรมาส 1 ใช้ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 16 ก.พ. – 15 พ.ค. 67 ไตรมาส 2 ใช้ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 16 พ.ค. – 15 ส.ค. 67 ไตรมาส 3 ใช้ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 16 ส.ค. – 15 พ.ย. 67 ไตรมาส 4 ใช้ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 16 พ.ย. 67 – 15 ก.พ. 68					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ไม่เกิน 21.61	ไม่เกิน 21.61	ไม่เกิน 21.61	ไม่เกิน 21.61	ไม่เกิน 21.61	ไม่เกิน 21.61
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	>24.60	23.61-24.60	22.61-23.60	21.60-22.60	<21.61	
5 เดือน	>24.60	23.61-24.60	22.61-23.60	21.60-22.60	<21.61	
6 เดือน	>24.60	23.61-24.60	22.61-23.60	21.60-22.60	<21.61	
9 เดือน	>24.60	23.61-24.60	22.61-23.60	21.60-22.60	<21.61	
10 เดือน	>24.60	23.61-24.60	22.61-23.60	21.60-22.60	<21.61	
12 เดือน	>24.60	23.61-24.60	22.61-23.60	21.60-22.60	<21.61	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	>24.60	23.61-24.60	22.61-23.60	21.60-22.60	<21.61	
5 เดือน	>24.60	23.61-24.60	22.61-23.60	21.60-22.60	<21.61	
6 เดือน	>24.60	23.61-24.60	22.61-23.60	21.60-22.60	<21.61	
9 เดือน	>24.60	23.61-24.60	22.61-23.60	21.60-22.60	<21.61	
10 เดือน	>24.60	23.61-24.60	22.61-23.60	21.60-22.60	<21.61	
12 เดือน	>24.60	23.61-24.60	22.61-23.60	21.60-22.60	<21.61	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้ ในรอบการประเมิน 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์อัตราไม่เกิน 21.61 ต่อประชากรหญิง 15 -19 ปี 1,000 คนที่ 5 คะแนน					
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้ ในรอบการประเมิน 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์อัตราไม่เกิน 21.61 ต่อประชากรหญิง 15 -19 ปี 1,000 คนที่ 5 คะแนน					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวปาณิสรา ศรีดีโรมนต์ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ 09 9654 9915		ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง E-mail : Enhpollution@gmail.com			

แผนงานที่	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&PExcellence)
โครงการ	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) (วัยรุ่น)
ตัวชี้วัด	MOU_13 ร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิด ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)
คำนิยาม	หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ได้แก่ยาเม็ด คุมกำเนิด, ยาฉีดคุมกำเนิด, ห่วงอนามัย, ยาฝังคุมกำเนิด, ถุงยางอนามัย, หมันชายและหมันหญิง หลังคลอดหรือหลังแท้งต่อหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรทั้งหมด
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรในระหว่างปีที่ทำการศึกษา และได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	CUP และโรงพยาบาลทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลวิธีการคุมกำเนิดจากหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรในสถานบริการสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัด ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ภายใน 42 วันหลังคลอดหรือแท้งบุตร จากระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดระยอง
รายการข้อมูล 1	A = หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตร และได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ข้อมูลจาก 50 แฟ้ม แฟ้ม DIAGNOSIS_IPD และ DIAGNOSIS_OPD โดยมีเงื่อนไขดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - มารับบริการในช่วงเวลาที่กำหนด - อายุน้อยกว่า 20 ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุด - ได้รับการวินิจฉัยด้วย code ICD 10 ดังต่อไปนี้ O00-O08, O80-O84 - นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (record ที่ซ้ำให้ตัดออก)ร่วมกับสามารถเชื่อมต่อกับแฟ้ม FP ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้ - ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีดังต่อไปนี้ วิธีใดวิธีหนึ่ง ได้แก่ ยาฝังคุมกำเนิด หรือห่วงอนามัย (FPTYPE = 3,4) - ได้รับการภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด (DATE_SERV(FP) – DATETIMEDISCH(ADMISSION) หรือ DATE_SERV(DIAGNOSIS_OPD) < 42 วัน
รายการข้อมูล 2	B = หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตร และได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ ข้อมูลจาก 50 แฟ้ม แฟ้ม DIAGNOSIS_IPD และ DIAGNOSIS_OPD โดยมีเงื่อนไขดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - มารับบริการในช่วงเวลาที่กำหนด - อายุต่ำกว่า 20 ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุด - ได้รับการวินิจฉัยด้วย code ICD 10 ดังต่อไปนี้ O00-O08, O80-O84 - นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (record ที่ซ้ำให้ตัดออก) ร่วมกับสามารถเชื่อมต่อกับแฟ้ม FP ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้ - ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีดังต่อไปนี้ วิธีใดวิธีหนึ่ง ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด, ยาฉีดคุมกำเนิด,

	ห่วงอนามัย, ยาฝังคุมกำเนิด, ถุงยางอนามัย, หมันชาย, หมันหญิง (FPTYPE = 1-7) - ได้รับบริการภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด (DATE_SERV(FP) - DATETIME_DISCH(ADMISSION) หรือ DATE_SERV(DIAGNOSIS_OPD) <42 วัน					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) = (A/B) x 100					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	
	หญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)	ร้อยละ	47.78	32.78	61.92	
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน 5 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 10 เดือนและ 12 เดือน					
วิธีการประเมิน	ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดระยอง ประมวลผล ทุก 3 เดือน (Freeze ข้อมูลทุกวันที่ 16 ของเดือน) ไตรมาส 1 ใช้ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 16 ก.พ. – 15 พ.ค. 67 ไตรมาส 2 ใช้ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 16 พ.ค. – 15 ส.ค. 67 ไตรมาส 3 ใช้ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 16 ส.ค. – 15 พ.ย. 67 ไตรมาส 4 ใช้ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 16 พ.ย. 67 – 15 ก.พ. 68					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	<ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	≥ ร้อยละ 80	
5 เดือน	<ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	≥ ร้อยละ 80	
6 เดือน	<ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	≥ ร้อยละ 80	
9 เดือน	<ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	≥ ร้อยละ 80	
10 เดือน	<ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	≥ ร้อยละ 80	
12 เดือน	<ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	≥ ร้อยละ 80	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	<ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	≥ ร้อยละ 80	
5 เดือน	<ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	≥ ร้อยละ 80	
6 เดือน	<ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	≥ ร้อยละ 80	
9 เดือน	<ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	≥ ร้อยละ 80	
10 เดือน	<ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	≥ ร้อยละ 80	
12 เดือน	<ร้อยละ 50	ร้อยละ 50 – 59.99	ร้อยละ 60 – 69.99	ร้อยละ 70 – 79.99	≥ ร้อยละ 80	

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้ ทุกรอบการประเมิน 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้ ทุกรอบการประเมิน 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ที่ 5 คะแนน
หมายเหตุ	
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวปาณิสรา ศรีดีโรมนต์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์ 09 9654 9915 E-mail : Enhpollution@gmail.com

แผนงานที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย (วัยรุ่น)				
ตัวชี้วัด	MOU_14 ร้อยละของอำเภอ มีการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE				
คำนิยาม	อำเภอ TO BE NUMBER ONE คือ อำเภอที่มีการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์ คือ ครอบคลุมประกอบ 3 ก (กรรมการ กองทุน กิจกรรม) ตามแนวทาง 3 ยุทธศาสตร์ 1. ยุทธศาสตร์การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแสที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด 2. ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตให้แก่เยาวชน 3. ยุทธศาสตร์การสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100 ของอำเภอที่มีการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	8 อำเภอ ในจังหวัดระยอง				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	ประเมินภาพรวม อำเภอ โดยประเมิน รพ./สสอ. รวมทั้ง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยังท้องถิ่นทั้งหมด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากพื้นที่/แบบรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการ TO BE NUMBER ONE				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลผลการดำเนินงาน				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มีการดำเนินโครงการ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมดในจังหวัดระยอง				
สูตรคำนวณ	$= (A / B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2564	2565	2566
	จำนวนอำเภอที่มีการดำเนินโครงการ TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์	ร้อยละ	12.5 (1 อำเภอ)	25 (2 อำเภอ)	100 (8 อำเภอ)
ระยะเวลาประเมินผล	5,6,10,12 เดือน				
วิธีการประเมิน	สถานบริการ (โรงพยาบาล สสอ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน) จัดส่งข้อมูลตามแบบรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการ TO BE NUMBER ONE รวบรวมประมวลผลโดยเลขา หน่วยงานระดับจังหวัด				
เกณฑ์การประเมิน	5 เดือน	6 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	
	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5	
เกณฑ์การให้คะแนน					
ขั้นตอนที่ 1 มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานในโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ/ชุมชน/สถานศึกษา					
1.1 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ					
1.2 คณะกรรมการประกอบด้วยหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ					
1.3 มีโครงสร้างและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน					

1.4 มีการประชุมชี้แจง มอบนโยบายการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ให้ทุกภาคส่วนรับทราบเพื่อนำไปปฏิบัติ

1.5 มีศูนย์ประสานงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ

ขั้นตอนที่ 2 มีนโยบายและแผนการดำเนินงานครบตาม 3 ยุทธศาสตร์หลักของโครงการ TO BE NUMBER ONE

2.1 มีนโยบายการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE

2.2 มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติงานระดับอำเภอ

2.3 มีแผน/กิจกรรมการดำเนินงาน

2.4 แผน/กิจกรรมดำเนินงานครอบคลุมยุทธศาสตร์หลักของโครงการ TO BE NUMBER ONE ที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ระบุรายละเอียดกิจกรรม วัตถุประสงค์ ระยะเวลาเป้าหมาย งบประมาณและผู้รับผิดชอบชัดเจน

2.5 มีการดำเนินงานเป็นไปตามช่วงระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

ขั้นตอนที่ 3 มีการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ

3.1 กำหนดให้โครงการ TO BE NUMBER ONE เป็นวาระของอำเภอ

3.2 มีวาระการประชุมเรื่องการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ในการประชุมคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ

3.3 มีระบบกำกับและติดตามประเมินผลความสำเร็จ

3.4 มีการดำเนินงานโดยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.5 มีระบบการจัดเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์หลักของโครงการ TO BE NUMBER ONE ที่ชัดเจนและต่อเนื่อง

4.1 มีฐานข้อมูลสมาชิก TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน

4.2 มีฐานข้อมูลชมรม TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน

4.3 มีฐานข้อมูลศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน

4.4 มีข้อมูลผลงานประจำปีของแต่ละยุทธศาสตร์ให้เห็นความต่อเนื่องยั่งยืน

4.5 มีรายงานผลการดำเนินในจังหวัดทราบอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 5 ผลการดำเนินงานและผลสำเร็จเป็นรูปธรรม

5.1 สัดส่วนจำนวนสมาชิกกับกลุ่มเป้าหมายในอำเภอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

5.2 สัดส่วนจำนวนชมรมฯ ในสถานศึกษาและชุมชนเทียบกับเป้าหมายของอำเภอไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

5.3 ร้อยละของศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาเทียบกับเป้าหมายของอำเภอไม่น้อยกว่าร้อยละ 20

5.4 มีการดำเนินงานครบตามช่วงระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85

5.5 มีชมรม TO BE NUMBER ONE ในพื้นที่ครบทุก Setting (ตามบริบท) หรือมีชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาและชุมชน เข้าร่วมการประกวดเพื่อคัดเลือกระดับจังหวัด หรือมีบูรณาการการทำงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเครือข่ายชมรมในจังหวัด หรือมีการสร้างนวัตกรรมที่คิดใหม่ทำใหม่หรือการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมปีละ 2 เรื่อง

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน เดือน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	ขั้นตอนที่ 1 2 ข้อ	ขั้นตอนที่ 1 3-4 ข้อ	ขั้นตอนที่ 2 5 ข้อ	ขั้นตอนที่ 2 1-3 ข้อ	ขั้นตอนที่ 2 5 ข้อ
6 เดือน	ขั้นตอนที่ 3 1 ข้อ	ขั้นตอนที่ 3 2 ข้อ	ขั้นตอนที่ 3 3 ข้อ	ขั้นตอนที่ 3 4 ข้อ	ขั้นตอนที่ 3 5 ข้อ
10 เดือน	ขั้นตอนที่ 4 1 ข้อ	ขั้นตอนที่ 4 2 ข้อ	ขั้นตอนที่ 4 3 ข้อ	ขั้นตอนที่ 4 4 ข้อ	ขั้นตอนที่ 4 5 ข้อ
12 เดือน	ขั้นตอนที่ 5 1 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5 2 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5 3 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5 4 ข้อ	ขั้นตอนที่ 5 5 ข้อ
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	1 อำเภอ	2 อำเภอ	3 อำเภอ	4 อำเภอ	5 อำเภอ
6 เดือน	1 อำเภอ	2-3 อำเภอ	4-5 อำเภอ	6-7 อำเภอ	8 อำเภอ
10 เดือน	1-2 อำเภอ	3-4 อำเภอ	5-6 อำเภอ	7 อำเภอ	8 อำเภอ
12 เดือน	1-3 อำเภอ	4-5 อำเภอ	6 อำเภอ	7 อำเภอ	8 อำเภอ
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 5 เดือน ขั้นตอนที่ 2 จำนวน 5 ข้อ ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ขั้นตอนที่ 3 จำนวน 5 ข้อ ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ขั้นตอนที่ 4 จำนวน 5 ข้อ ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ขั้นตอนที่ 5 จำนวน 5 ข้อ ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 5 เดือน จำนวน 5 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน จำนวน 8 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน จำนวน 8 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน จำนวน 8 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน				
หมายเหตุ	-				
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	นายอำนวยการชัย วงษา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์ มือถือ : 09-4525-3651 Email : amnouychai2527@gmail.com				

แผนงานที่ 2	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)					
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย (วัยทำงาน)					
ตัวชี้วัด	MOU_15 ดัชนีมวลกาย 15.1) ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ของประชากรอายุ 18-59 ปี type 1 และ type 3 . 15.2) ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ					
คำนิยาม	วัยทำงาน หมายถึง ประชาชนอายุ 18-59 ปี 0 เดือน 29 วัน ค่าดัชนีมวลกาย (BMI : Body Mass Index) มีค่าเท่ากับ น้ำหนักเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง					
	BMI	<18.5	18.5-22.9	23.0-24.9	25.0-29.9	≥30
		ผอม	ปกติ	น้ำหนักเกิน	อ้วนระดับ 1	อ้วนระดับ 2
	$\text{ค่าดัชนีมวลกาย BMI} = \frac{\text{น้ำหนัก(กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)} \times \text{ส่วนสูง (เมตร)}}$					
	ความครอบคลุม หมายถึง ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนักของประชากรอายุ 18-59 ปี type1 และ type 3					
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67			
	ร้อยละ 51	ร้อยละ 52	ร้อยละ 53			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรวัยทำงาน อายุ 18-59 ปี					
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	CUP/โรงพยาบาลทุกแห่ง/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ/รพ.สต.					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	HDC 43 แฟ้ม แฟ้มโภชนาการ แฟ้ม NCDSCREEN					
แหล่งข้อมูล	ประชากรในจังหวัดระยอง อายุ 18-59 ปี type 1 และ type 3					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรอายุ 18-59 ปี type 1 และ type 3 ในเขตที่รับผิดชอบ ที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงทั้งหมด					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 18-59 ปี type 1 และ type 3 ในเขตที่รับผิดชอบ ทั้งหมด					
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนประชากรอายุ 18-59 ปี type 1 และ type 3 ที่มี BMI ปกติ (18.5 – 22.9)					
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนประชากรอายุ 18-59 ปี type 1 และ type 3 ที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ของประชากรอายุ 18-59 ปี type 1 และ type 3 = (A/B) × 100 2. ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ = (C/D) × 100					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	
	ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	กิโลกรัมต่อตารางเมตร	46.09	46.20	44.69	
	หมายเหตุ : ร้อยละครอบคลุมจำนวนประชากรอายุ 18-59 ปี type 1 และ type 3 ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ปี 2566 = 43.76					

ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566 รอบ 5 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567 รอบ 6 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 มีนาคม 2567 รอบ 9 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 มิถุนายน 2567 รอบ 10 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 กรกฎาคม 2567 รอบ 12 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 กันยายน 2567					
วิธีการประเมิน	ระบบรายงานประมาผล HDC					
เกณฑ์การประเมิน	1. ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ของประชากรอายุ 18-59 ปี type 1 และ type 3 ร้อยละ 50 2. ประชากรอายุ 18-59 ปี type 1 และ type 3 ที่มี BMI ปกติ (18.5 – 22.9) ร้อยละ 53					
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 53	ร้อยละ 53	ร้อยละ 55
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน : ร้อยละ 1. ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ของประชากรอายุ 18-59 ปี type 1 และ type 3 ร้อยละ 50						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< ร้อยละ 5	ร้อยละ 5-9.99	ร้อยละ 10-14.99	ร้อยละ 15-20	>ร้อยละ 20	
5 เดือน	< ร้อยละ 15	ร้อยละ 15-19.99	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-30	>ร้อยละ 30	
6 เดือน	< ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-40	>ร้อยละ 40	
9 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-45	>ร้อยละ 50	
10 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-45	>ร้อยละ 50	
12 เดือน	< ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-50	>ร้อยละ 55	
2. ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 53						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< ร้อยละ 5	ร้อยละ 5-9.99	ร้อยละ 10-14.99	ร้อยละ 15-20	>ร้อยละ 20	
5 เดือน	< ร้อยละ 15	ร้อยละ 15-19.99	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-30	>ร้อยละ 30	
6 เดือน	< ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-40	>ร้อยละ 40	
9 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-53	>ร้อยละ 53	
10 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-53	>ร้อยละ 53	
12 เดือน	< ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-55	>ร้อยละ 55	
หมายเหตุ การประเมินคะแนนในแต่ละช่วงเวลา <u>ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน</u> ให้นำผลคะแนนที่ได้ของข้อ ที่ 1 – 2 มารวมกันแล้วหาร 2 จะได้คะแนนในภาพรวมออกมา						

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของจังหวัด :

1. ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ของประชากรอายุ 18-59 ปี type 1 และ type 3 ร้อยละ 50

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 5	ร้อยละ 5-9.99	ร้อยละ 10-14.99	ร้อยละ 15-20	>ร้อยละ 20
5 เดือน	< ร้อยละ 15	ร้อยละ 15-19.99	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-30	>ร้อยละ 30
6 เดือน	< ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-40	>ร้อยละ 40
9 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-45	>ร้อยละ 50
10 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-45	>ร้อยละ 50
12 เดือน	< ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-50	>ร้อยละ 55

2. ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 53

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 5	ร้อยละ 5-9.99	ร้อยละ 10-14.99	ร้อยละ 15-20	>ร้อยละ 20
5 เดือน	< ร้อยละ 15	ร้อยละ 15-19.99	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-30	>ร้อยละ 30
6 เดือน	< ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-40	>ร้อยละ 40
9 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-53	>ร้อยละ 53
10 เดือน	< ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-53	>ร้อยละ 53
12 เดือน	< ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-55	>ร้อยละ 55

หมายเหตุ การประเมินคะแนนในแต่ละช่วงเวลา ภาพรวมของจังหวัด ให้นำผลคะแนนที่ได้ของข้อ ที่ 1 – 2 มา รวมกันแล้วหาร 2 จะได้คะแนนในภาพรวมออกมา

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ ทุกรอบการประเมิน 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ ทุกรอบการประเมิน 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่ 5 คะแนน
หมายเหตุ	-
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1. นางสาวสิรินญา กุลวงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ ๐๙ ๘๐๔๕ ๑๓๔๐ 2. นางสาวดารารัตน์ นันทบุญ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ ๐๙ ๖๙๓๕ ๓๕๖๓

แผนงานที่ 2	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการที่	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย											
ตัวชี้วัด	MOU_16 ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง 16.1) ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับประเมินความถดถอย 9 ด้าน 16.2) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (ด้านสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้ม) ได้รับการจัดทำ Wellness plan 16.3) ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง											
คำนิยาม	1) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ADL หมายถึง การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอตีแอด (Barthel Activities of Daily Living index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้ - ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ และช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป - ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน - ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพล (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน - ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม)											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>≥ร้อยละ 96.75</td> <td>≥ร้อยละ 97.0</td> <td>≥ร้อยละ 97.25</td> <td>≥ร้อยละ 97.5</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	≥ร้อยละ 96.75	≥ร้อยละ 97.0	≥ร้อยละ 97.25	≥ร้อยละ 97.5			
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
≥ร้อยละ 96.75	≥ร้อยละ 97.0	≥ร้อยละ 97.25	≥ร้อยละ 97.5									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป											
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	CUP/รพ./รพ.สต.ถ่ายโอน											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. พื้นที่ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) 2. พื้นที่บันทึกข้อมูลและรายงานผลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข/ แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application)											
แหล่งข้อมูล	1. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข 2. แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application)											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ (Type 1+3) ได้รับประเมินความถดถอย 9 ด้าน											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุ (Type 1+3) ทั้งหมด											
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (ด้านสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้ม) (Type 1+3) ได้รับการจัดทำ Wellness plan											
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (ด้านสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้ม) (Type 1+3) ทั้งหมด											
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง											

รายการข้อมูล 6	F = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ADL					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1) ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับประเมินความถดถอย 9 ด้าน = $(A/B) \times 100$ 2) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (ด้านสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้ม) ได้รับการจัดทำ Wellness plan = $(C/D) \times 100$ 3) ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง = $(E/F) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
				2564	2565	2566
	ร้อยละผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง		ร้อยละ	96.76	97.30	97.93
ระยะเวลาประเมินผล	5 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 10 เดือน และ 12 เดือน					
วิธีการประเมิน	1. รายงานผลการดำเนินงานในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข รอบ 12 เดือน 2. Blue book Application					
เกณฑ์การประเมิน	1. ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับประเมินความถดถอย 9 ด้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 2. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (ด้านสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้ม) ได้รับการจัดทำ Wellness plan ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55 3. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 96.75					
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
1. ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับประเมินความถดถอย 9 ด้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≤ ร้อยละ 55	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	> ร้อยละ 70	
5 เดือน	≤ ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	> ร้อยละ 75	
6 เดือน	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	> ร้อยละ 80	
9 เดือน	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	ร้อยละ 80-85.99	> ร้อยละ 85	
10 เดือน	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	ร้อยละ 80-85.99	> ร้อยละ 85	
12 เดือน	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	ร้อยละ 80-85.99	> ร้อยละ 85	
2. ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับประเมินความถดถอย 9 ด้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≤ ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-34.99	ร้อยละ 35-39.99	> ร้อยละ 40	
5 เดือน	≤ ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	> ร้อยละ 45	
6 เดือน	≤ ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	> ร้อยละ 50	
9 เดือน	≤ ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	> ร้อยละ 55	
10 เดือน	≤ ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	> ร้อยละ 55	
12 เดือน	≤ ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	> ร้อยละ 55	
3. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 96.75						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	≤ ร้อยละ 50	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-69.99	> ร้อยละ 70	
5 เดือน	≤ ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	> ร้อยละ 75	
6 เดือน	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	> ร้อยละ 80	
9 เดือน	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	ร้อยละ 80-85.99	> ร้อยละ 85	
10 เดือน	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	ร้อยละ 80-85.99	> ร้อยละ 85	
12 เดือน	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	ร้อยละ 80-85.99	> ร้อยละ 85	

หมายเหตุ การประเมินคะแนนในแต่ละช่วงเวลา ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน ให้นำผลคะแนนที่ได้ของข้อ ที่ 1-3 มารวมกันแล้วหาร 3 จะได้คะแนนในภาพรวมออกมา					
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
1. ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับประเมินความถดถอย 9 ด้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≤ ร้อยละ 55	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	> ร้อยละ 70
5 เดือน	≤ ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	> ร้อยละ 75
6 เดือน	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	> ร้อยละ 80
9 เดือน	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	ร้อยละ 80-85.99	> ร้อยละ 85
10 เดือน	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	ร้อยละ 80-85.99	> ร้อยละ 85
12 เดือน	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	ร้อยละ 80-85.99	> ร้อยละ 85
2. ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับประเมินความถดถอย 9 ด้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≤ ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-34.99	ร้อยละ 35-39.99	> ร้อยละ 40
5 เดือน	≤ ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	> ร้อยละ 45
6 เดือน	≤ ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	> ร้อยละ 50
9 เดือน	≤ ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	> ร้อยละ 55
10 เดือน	≤ ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	> ร้อยละ 55
12 เดือน	≤ ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	> ร้อยละ 55
3. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 96.75					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≤ ร้อยละ 50	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-69.99	> ร้อยละ 70
5 เดือน	≤ ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	> ร้อยละ 75
6 เดือน	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	> ร้อยละ 80
9 เดือน	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	ร้อยละ 80-85.99	> ร้อยละ 85
10 เดือน	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	ร้อยละ 80-85.99	> ร้อยละ 85
12 เดือน	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-74.99	ร้อยละ 75-79.99	ร้อยละ 80-85.99	> ร้อยละ 85
หมายเหตุ การประเมินคะแนนในแต่ละช่วงเวลา ภาพรวมของจังหวัด ให้นำผลคะแนนที่ได้ของข้อ ที่ 1 – 3 มารวมกันแล้วหาร 3 จะได้คะแนนในภาพรวมออกมา					
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้ ทุกรอบการประเมิน 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้ ทุกรอบการประเมิน 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่ 5 คะแนน				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางชัชฎาภรณ์ มหาคีตะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง เบอร์โทร 0 3861 3735 มือถือ 0 9455 95144 E mail : songserm011rayong@gmail.com				

แผนงานที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัด	MOU_17 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> 1. คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับตามที่กรมการแพทย์กำหนด 2. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ กำหนดแนวทาง ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ 2.2 มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ 2.3 มีการวินิจฉัย และการวางแผนการดูแลผู้ป่วย 2.4 มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล 3. เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบ่งเป็น 3 ระดับ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 โรงพยาบาลระดับ S-A 3.2 โรงพยาบาลระดับ M1-M2 3.3 โรงพยาบาลระดับ F1-F3 4. ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ หมายถึง คุณภาพการบริการที่ให้ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> 4.1 การตรวจสุขภาพประจำปี 4.2 การบริการให้วัคซีนประจำปี 4.3 บริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ (counseling/Health promotion, prevention and rehabilitationหรือ อื่นๆที่เกี่ยวข้อง) 4.4 การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน (Comprehensive Geriatric Assessment) ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและกลุ่มอาการสูงอายุ โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ 4.5 การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง <ol style="list-style-type: none"> 4.5.1 โดยแพทย์และทีม 4.5.2 โดยทีมสหวิชาชีพ 4.6 มีระบบข้อมูล <ol style="list-style-type: none"> 4.6.1 มีระบบข้อมูล 4.6.2 มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการส่งปรึกษาภายในโรงพยาบาลและส่งต่อนอกโรงพยาบาล 4.7 รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การเยี่ยมบ้าน Teleconsultation หรือ Telemedicine เป็นต้น 4.8 การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล 4.9 การรับ-ส่งต่อ <ol style="list-style-type: none"> 4.9.1 ระหว่างโรงพยาบาล (Refer system) 4.9.2 การส่งกลับชุมชน (COC, Home visit) 5. โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. แบ่งตามประเภท Service Plan มีดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 5.1 ระดับ A Advance – level Hospital : โรงพยาบาลศูนย์ 5.2 ระดับ S Standard – level Hospital : โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่

	<p>5.3 ระดับ M1 Middle – level Hospital : โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก</p> <p>5.4 ระดับ M2 Middle – level Hospital : โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ทั่วไป</p> <p>5.5 ระดับ F1 First – level Hospital : โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ขนาด 60 – 120 เตียง</p> <p>5.6 ระดับ F2 First – level Hospital : โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง 30 -90 เตียง</p> <p>5.7 ระดับ F3 First – level Hospital : โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กขนาด 30 เตียง</p> <p>6. การดูแลรักษา หมายถึง มีการดูแลรักษา พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจ ยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแล ต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม หรือ กลุ่มอาการ ผู้สูงอายุอื่น ๆ</p> <p>7. จำนวนโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป มีทั้งหมด 6 แห่ง</p> <p>8. จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจ (HDC วันที่ 20 พ.ย. 2567) 102,467 คน</p> <p>9. ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ภาวะที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีสาเหตุจากการ เสื่อมสลายของเซลล์สมอง ส่งผลต่อการทำงานของสมองหลาย ๆ ด้าน ความ สูญเสียของสมองจะเกิดขึ้นอย่างถาวร จนส่งผลกระทบต่อการทำงานของ ชีวิตประจำวัน และความสามารถอยู่ร่วมกันในสังคม</p> <p>8. ภาวะหกล้ม หมายถึง ภาวะที่ร่างกายของบุคคลสูญเสียความสามารถในการเดิน และการทรงตัว ทำให้ล้มลงไปที่พื้น หรือพื้นผิที่ต่ำกว่าร่างกายโดยไม่ตั้งใจ</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย				
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
โรงพยาบาลที่มีคลินิก ผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ คุณภาพการบริการ	โรงพยาบาลที่มีคลินิก ผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ คุณภาพการบริการ ≥ร้อยละ 50	โรงพยาบาลที่มีคลินิก ผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ คุณภาพการบริการ ≥ร้อยละ 60	โรงพยาบาลที่มีคลินิก ผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ คุณภาพการบริการ ≥ร้อยละ 70	โรงพยาบาลที่มี คลินิกผู้สูงอายุผ่าน เกณฑ์คุณภาพการ บริการ ≥ร้อยละ 80
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป			
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	รพ.ทุกแห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวช ศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์</p> <p>2. Google form ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง</p>			
แหล่งข้อมูล	<p>1. Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ http://agingthai.dms.go.th/</p> <p>2. แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพบริการของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ</p>			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ			
สูตรคำนวณ	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ = (A/B)×100			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
				2564	2565	2566
	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ		ร้อยละ	-	-	-
ระยะเวลาประเมินผล	5 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน					
วิธีการประเมิน	ทำการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพการบริการคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	รพ.ที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ ข้อ 4.1 – 4.5	รพ.ที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ ข้อ 4.1 – 4.6	รพ.ที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ ข้อ 4.1 -4.7	รพ.ที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ ข้อ 4.1 -4.8	รพ.ที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ ข้อ 4.1 -4.9
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
5 เดือน	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 1 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 2 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 4 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ	
6 เดือน	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 2 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 4 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 6 ข้อ	
9 เดือน	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 4 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 6 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 7 ข้อ	
10 เดือน	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 4 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 6 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 7 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 8 ข้อ	
12 เดือน	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 6 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 7 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 8 ข้อ	ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 9 ข้อ	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
5 เดือน	<20 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ	≥20-24.99 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ	≥25-29.99 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ	≥30-34.99 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ	≥35 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ	
6 เดือน	<25 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 6 ข้อ	≥25-29.99 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 6 ข้อ	≥30-34.99 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 6 ข้อ	≥35-39.99 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 6 ข้อ	≥40 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 6 ข้อ	
9 เดือน	<30 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 7 ข้อ	≥30-34.99 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 7 ข้อ	≥35-39.99 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 7 ข้อ	≥40-44.99 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 7 ข้อ	≥45 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 7 ข้อ	
10 เดือน	<35 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 8 ข้อ	≥35-39.99 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 8 ข้อ	≥40-44.99 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 8 ข้อ	≥45-49.99 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 8 ข้อ	≥50 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 8 ข้อ	
12 เดือน	<40 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 9 ข้อ	≥40-44.99 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 9 ข้อ	≥45-49.99 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 9 ข้อ	≥50-54.99 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 9 ข้อ	≥55 รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 9 ข้อ	

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 5 เดือน รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 6 ข้อ ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 7 ข้อ ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 8 ข้อ ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 9 ข้อ ที่.....5.....คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 5 เดือน รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ ร้อยละ 35 ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 6 ข้อ ร้อยละ 40 ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 7 ข้อ ร้อยละ 45 ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 8 ข้อ ร้อยละ 50 ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน รพ.ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ 9 ข้อ ร้อยละ 55 ที่.....5.....คะแนน
หมายเหตุ	-
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางชัชฎาภรณ์ มหาคิตะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ 0 9455 9514 4 E – mail address : songserm011rayong@gmail.com

แผนงานที่ 2	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ตัวชี้วัด	MOU_18 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				
คำนิยาม	<p>1. คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับตามที่กรมการแพทย์กำหนด</p> <p>2. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ กำหนดแนวทาง ดังนี้</p> <p>2.1 มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <p>2.2 มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>2.3 มีการวินิจฉัย และการวางแผนการดูแลผู้ป่วย</p> <p>2.4 มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอก รพ.</p> <p>3. โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. แบ่งตามประเภท Service Plan มีดังนี้</p> <p>3.1 ระดับ A Advance – level Hospital : โรงพยาบาลศูนย์</p> <p>3.2 ระดับ S Standard – level Hospital : โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่</p> <p>3.3 ระดับ M1 Middle – level Hospital : โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก</p> <p>3.4 ระดับ M2 Middle – level Hospital : โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงทั่วไป</p> <p>3.5 ระดับ F1 First – level Hospital : โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ขนาด 60 -120 เตียง</p> <p>3.6 ระดับ F2 First – level Hospital : โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง 30 -90 เตียง</p> <p>3.7 ระดับ F3 First – level Hospital : โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กขนาด 30 เตียง</p> <p>4. การดูแลรักษา หมายถึง มีการดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจยืนยันวินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือ กลุ่มอาการผู้สูงอายุอื่น ๆ</p> <p>5. จำนวนโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป มีทั้งหมด 6 แห่ง</p> <p>6. จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจ (HDC วันที่ 20 พ.ย. 2567) 102,467 คน</p> <p>7. ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ภาวะที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีสาเหตุจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง ส่งผลต่อการทำงานของสมองหลาย ๆ ด้าน ความสูญเสียของสมองจะเกิดขึ้นอย่างถาวร จนส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวัน และความสามารถอยู่ร่วมกันในสังคม</p> <p>8. ภาวะหกล้ม หมายถึง ภาวะที่ร่างกายของบุคคลสูญเสียความสามารถในการเดินและการทรงตัว ทำให้ล้มลงไปที่พื้น หรือพื้นผิที่ต่ำกว่าร่างกายโดยไม่ตั้งใจ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ภาวะสมองเสื่อม	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป				

หน่วยบริการที่ รับการประเมิน	CUP/รพ.ทุกแห่ง													
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	1. ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. Google form ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง													
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ http://agingthai.dms.go.th/ และหรือ Health Data Center (HDC)													
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิก ผู้สูงอายุ													
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมใน คลินิกผู้สูงอายุ													
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแล รักษาในคลินิกรักษาผู้สูงอายุ = $A/B \times 100$													
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ภาวะสมองเสื่อม</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>63.69</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2564	2565	2566	ภาวะสมองเสื่อม	ร้อยละ	-	-	63.69
Baseline Data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน										
		2564	2565	2566										
ภาวะสมองเสื่อม	ร้อยละ	-	-	63.69										
ระยะเวลา ประเมินผล	5 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 10 เดือนและ 12 เดือน													
วิธีการประเมิน	1. ทำการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพการบริการคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์													
เกณฑ์การ ประเมิน														

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน (ภาวะสมองเสื่อม)

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<15	≥15-19.99	≥20-24.99	≥25-29.99	≥30
5 เดือน	<20	≥20-24.99	≥25-29.99	≥30-34.99	≥35
6 เดือน	<25	≥25-29.99	≥30-34.99	≥35-39.99	≥40
9 เดือน	<30	≥30-34.99	≥35-39.99	≥40-44.99	≥45
10 เดือน	<35	≥35-39.99	≥40-44.99	≥45-49.99	≥50
12 เดือน	<35	≥35-39.99	≥40-44.99	≥45-49.99	≥50

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด ภาวะสมองเสื่อม

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<15	≥15-19.99	≥20-24.99	≥25-29.99	≥30
5 เดือน	<20	≥20-24.99	≥25-29.99	≥30-34.99	≥35
6 เดือน	<25	≥25-29.99	≥30-34.99	≥35-39.99	≥40
9 เดือน	<30	≥30-34.99	≥35-39.99	≥40-44.99	≥45
10 เดือน	<35	≥35-39.99	≥40-44.99	≥45-49.99	≥50
12 เดือน	<35	≥35-39.99	≥40-44.99	≥45-49.99	≥50

เกณฑ์การ ประเมินภาพรวม ของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ <u>ภาวะสมองเสื่อม</u> รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ.....30..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ.....35..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ.....40..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ.....45..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ.....50..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ.....50..... ที่.....5.....คะแนน
การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ <u>ภาวะสมองเสื่อม</u> รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ.....30..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ.....35..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ.....40..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ.....45..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ.....50..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ.....50..... ที่.....5.....คะแนน
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	นางชัชฎาภรณ์ มหาคิตะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ 0 9455 9514 4 E - mail address : songserm011rayong@gmail.com

แผนงานที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ตัวชี้วัด	MOU_19 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				
คำนิยาม	<p>1. คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับตามที่กรมการแพทย์กำหนด</p> <p>2. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ กำหนดแนวทาง ดังนี้</p> <p>2.1 มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <p>2.2 มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>2.3 มีการวินิจฉัย และการวางแผนการดูแลผู้ป่วย</p> <p>2.4 มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอก รพ.</p> <p>3. โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. แบ่งตามประเภท Service Plan มีดังนี้</p> <p>3.1 ระดับ A Advance – level Hospital : โรงพยาบาลศูนย์</p> <p>3.2 ระดับ S Standard – level Hospital : โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่</p> <p>3.3 ระดับ M1 Middle – level Hospital : โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก</p> <p>3.4 ระดับ M2 Middle – level Hospital : โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงทั่วไป</p> <p>3.5 ระดับ F1 First – level Hospital : โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ขนาด 60 -120 เตียง</p> <p>3.6 ระดับ F2 First – level Hospital : โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง 30 -90 เตียง</p> <p>3.7 ระดับ F3 First – level Hospital : โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กขนาด 30 เตียง</p> <p>4. การดูแลรักษา หมายถึง มีการดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจยืนยันวินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม หรือ กลุ่มอาการผู้สูงอายุอื่น ๆ</p> <p>5. จำนวนโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป มีทั้งหมด 6 แห่ง</p> <p>6. จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจ (HDC วันที่ 20 พ.ย. 2567) 102,467 คน</p> <p>7. ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ภาวะที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีสาเหตุจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง ส่งผลต่อการทำงานของสมองหลาย ๆ ด้าน ความสูญเสียของสมองจะเกิดขึ้นอย่างถาวร จนส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและความสามารถอยู่ร่วมกันในสังคม</p> <p>8. ภาวะหกล้ม หมายถึง ภาวะที่ร่างกายของบุคคลสูญเสียความสามารถในการเดินและการทรงตัว ทำให้ล้มลงไปที่พื้น หรือพื้นผิวดินที่ต่ำกว่าร่างกายโดยไม่ตั้งใจ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
		67	68	69	70
	ภาวะหกล้ม	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป				

หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	CUP/รพ.ทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบัน เวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. Google form ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง					
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ http://agingthai.dms.go.th/ และ หรือ Health Data Center (HDC)					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาใน คลินิกผู้สูงอายุ					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ หกล้มในคลินิกผู้สูงอายุ					
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแล รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $A/B \times 100$					
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
				2564	2565	2566
	ภาวะหกล้ม		ร้อยละ	-	-	83.32
ระยะเวลา ประเมินผล	5 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 10 เดือน และ 12 เดือน					
วิธีการประเมิน	1. ทำการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพการบริการคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	≥ร้อยละ 35	≥ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 45	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 60
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	<20	≥20-24.99	≥25-29.99	≥30-34.99	≥35	
5 เดือน	<25	≥25-29.99	≥30-34.99	≥35-39.99	≥40	
6 เดือน	<30	≥30-34.99	≥35-39.99	≥40-44.99	≥45	
9 เดือน	<35	≥35-39.99	≥40-44.99	≥45-49.99	≥50	
10 เดือน	<45	≥45-49.99	≥50-54.99	≥55-59.99	≥60	
12 เดือน	<45	≥45-49.99	≥50-54.99	≥55-59.99	≥60	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	<20	≥20-24.99	≥25-29.99	≥30-34.99	≥35	
5 เดือน	<25	≥25-29.99	≥30-34.99	≥35-39.99	≥40	
6 เดือน	<30	≥30-34.99	≥35-39.99	≥40-44.99	≥45	
9 เดือน	<35	≥35-39.99	≥40-44.99	≥45-49.99	≥50	
10 เดือน	<45	≥45-49.99	≥50-54.99	≥55-59.99	≥60	
12 เดือน	<45	≥45-49.99	≥50-54.99	≥55-59.99	≥60	
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ ภาวะหกล้ม รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ.....35..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ.....40..... ที่.....5.....คะแนน					

	รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ.....45..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ.....50..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ.....60..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ.....60..... ที่.....5.....คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้ ภาวะหลัก รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ.....35..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ.....40..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ.....45..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ.....50..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ.....60..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ.....60..... ที่.....5.....คะแนน
หมายเหตุ	-
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางชัชฎาภรณ์ มหาคีต๊ะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ 0 9455 9514 4 E – mail address : songserm011rayong@gmail.com

แผนงานที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร			
ระดับการแสดงผล	CUP/โรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต.			
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_20 อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน 20.1) ร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ฯ เทียบกับเป้าหมาย (จำนวน 4,500 คน) 20.2) อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน			
คำนิยาม	<p>อัตราความรู้ด้านสุขภาพ ของประชากร เป็นตัวชี้วัดที่วัดจากการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communities: HLC) ในแต่ละปีซึ่งจัดโดยสถานบริการสุขภาพที่เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization: HLO) การประเมินใช้ระบบการประเมินจากเว็บไซต์สาสุข อุ๋นใจคนไทย รอบรู้ ของกรมอนามัย (https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/)</p> <p>ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้และทักษะของบุคคลที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม</p> <p>หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยงานภาคสาธารณสุข การศึกษา หรือสังคมที่ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การบริการข้อมูลข่าวสาร การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษาโรคฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ หรือการบริการอื่นใดที่ทำให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพที่ดี กับ ผู้รับบริการตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มมารดาและทารก กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุและเมืองสุขภาพดีที่อาจเป็นประชาชนหรือพนักงานในหน่วยงานนั้นหรืออยู่ อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>หน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง หน่วยบริการที่มีแนวปฏิบัติ (practices) การบริการส่งเสริมสุขภาพและให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรต่อความรู้ด้านสุขภาพ ที่ทำให้ ผู้รับบริการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการของตนเองได้ง่ายขึ้นและสะดวกขึ้น เพื่อดูแลสุขภาพ ของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยมีคะแนนริ้วจากผู้ใช้บริการของตนเองตั้งแต่ ร้อยละ 90 ขึ้นไป</p> <p>กิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ชุดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มุ่งเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัย</p> <p>กลุ่มวัย หมายถึง กลุ่มประชาชนเป้าหมาย คือ กลุ่มมารดาและทารก กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	71	73	74	75
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลความรู้และการบริการสุขภาพที่จะเป็นต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างอย่างต่อเนื่องผ่านการบริการสุขภาพและสังคมที่มีอยู่ในปัจจุบัน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยทุกกลุ่มวัย			

หน่วยรับประเมิน	โรงพยาบาล และ สาธารณสุขอำเภอ (รวม รพ.สตทุกแห่ง) โดยประเมินรวม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังท้องถิ่นทั้งหมด																							
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การขึ้นทะเบียนและบันทึกการเข้ารับบริการหรือเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามกลุ่มวัย ผ่านระบบสาสุข อุ๋นใจ																							
แหล่งข้อมูล	เว็บไซต์“สาสุข อุ๋นใจ”																							
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เข้าร่วมที่มีคะแนนการประเมินตั้งแต่ร้อยละ 67 ของคะแนนเต็มขึ้นไปหรือเรียกว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ																							
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เข้าร่วมทั้งหมด ที่ได้รับการประเมิน																							
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเป้าหมายทั้งหมดที่ต้องเข้าร่วมกิจกรรม ปี พ.ศ. 2567 (จำนวน 4,500 คน)																							
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1) ร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ๖ เทียบกับเป้าหมาย (จำนวน 4,500 คน) = $B/C \times 100$ 2) ร้อยละความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน = $(A/B) \times 100$																							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ความรู้ด้านสุขภาพ</td> <td>ร้อยละ</td> <td>25.12%</td> <td>38.33%</td> <td>100.00%</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2564	2565	2566	ความรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละ	25.12%	38.33%	100.00%							
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																						
		2564	2565	2566																				
ความรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละ	25.12%	38.33%	100.00%																				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส																							
วิธีการประเมินผล :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบประเมิน</th> <th>เป้าหมายขั้นต้น</th> <th>เป้าหมายมาตรฐาน</th> <th>เป้าหมายขั้นสูง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">เป้าหมายผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ๖</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 75</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> <tr> <td colspan="4">เป้าหมายอัตราความรู้ด้านสุขภาพ</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 69</td> <td>ร้อยละ 71</td> <td>ร้อยละ 73</td> </tr> </tbody> </table>				รอบประเมิน	เป้าหมายขั้นต้น	เป้าหมายมาตรฐาน	เป้าหมายขั้นสูง	เป้าหมายผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ๖				6 เดือน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	เป้าหมายอัตราความรู้ด้านสุขภาพ				12 เดือน	น้อยกว่าร้อยละ 69	ร้อยละ 71	ร้อยละ 73
รอบประเมิน	เป้าหมายขั้นต้น	เป้าหมายมาตรฐาน	เป้าหมายขั้นสูง																					
เป้าหมายผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ๖																								
6 เดือน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80																					
เป้าหมายอัตราความรู้ด้านสุขภาพ																								
12 เดือน	น้อยกว่าร้อยละ 69	ร้อยละ 71	ร้อยละ 73																					
เอกสารสนับสนุน :	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ และข้อมูลอัตราความรู้ ๖ รายอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ ในเว็บไซต์ “สาสุข อุ๋นใจ”																							
เกณฑ์การประเมิน :	ปี 2566:																							
	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม ปี พ.ศ. 2566 เขตสุขภาพที่ 6	ค่าเป้าหมายผู้เข้าร่วมกิจกรรม ปี พ.ศ. 2567 เขตสุขภาพที่ 6	เป้าหมายสัดส่วนร้อยละของผู้ที่มี HL เพียงพอ ปี พ.ศ. 2567																					
	3,303	4,500	71																					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																				
	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 50	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 70	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 80	- ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 80 - อัตราความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 71																				

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน :

1) ร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ ฯ เทียบกับเป้าหมาย

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50
5 เดือน	< ร้อยละ 45	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	>ร้อยละ 60
6 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	>ร้อยละ 70
9 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-79.99	>ร้อยละ 80
10 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-79.99	>ร้อยละ 80
12 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-79.99	>ร้อยละ 80

2. ร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-40	>ร้อยละ 40
5 เดือน	< ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-50	>ร้อยละ 50
6 เดือน	< ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-49.99	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-60	>ร้อยละ 60
9 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-70.99	>ร้อยละ 71
10 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-70.99	>ร้อยละ 71
12 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-70.99	>ร้อยละ 71

หมายเหตุ การประเมินคะแนนในแต่ละช่วงเวลา ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน ให้นำผลคะแนนที่ได้ของข้อ ที่ 1-2 มารวมกันแล้วหาร 2 จะได้คะแนนในภาพรวมออกมา

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน :


1) ร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ ฯ เทียบกับเป้าหมาย

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50
5 เดือน	< ร้อยละ 45	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	>ร้อยละ 60
6 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	>ร้อยละ 70
9 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-79.99	>ร้อยละ 80
10 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-79.99	>ร้อยละ 80
12 เดือน	< ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-69.99	ร้อยละ 70-79.99	>ร้อยละ 80

2. ร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-40	>ร้อยละ 40
5 เดือน	< ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-50	>ร้อยละ 50
6 เดือน	< ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-49.99	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-60	>ร้อยละ 60
9 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-70.99	>ร้อยละ 71
10 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-70.99	>ร้อยละ 71
12 เดือน	< ร้อยละ 55	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-64.99	ร้อยละ 65-70.99	>ร้อยละ 71

หมายเหตุ การประเมินคะแนนในแต่ละช่วงเวลา ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน ให้นำผลคะแนนที่ได้ของข้อ ที่ 1-2 มารวมกันแล้วหาร 2 จะได้คะแนนในภาพรวมออกมา

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ ทุกรอบการประเมิน 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ ทุกรอบการประเมิน 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน
หมายเหตุ	 <p style="text-align: center;">ขั้นตอนการดำเนินงาน HLO</p>
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นางสาวสิรินญา กุลวงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ ๐๙ ๘๐๔๕ ๑๓๔๐ 2. นางสาวดารารัตน์ นันทบุญ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ ๐๙ ๖๙๓๕ ๓๕๖๓

แผนงานที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ													
โครงการ	โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)													
ตัวชี้วัด	MOU_21 ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ													
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบ สำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอตั้งแต่ระดับสาม ขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเอง ผ่านโปรแกรม CL UCCARE และได้รับการรับรองผลการประเมิน จากระดับจังหวัด</p> <p>อำเภอ หมายถึง หน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครอง และเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยมีเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ จำนวน 878 แห่ง</p> <p>การรับรองผลการประเมินจากระดับจังหวัด หมายถึง การรับรองผลการประเมินตนเองของแต่ละ พชอ. โดยคณะกรรมการระดับจังหวัด ซึ่งอย่างน้อยประกอบไปด้วย 1) ผู้แทนจากกระทรวงมหาดไทย 2) ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข 3) ผู้แทนจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และบุคคลอื่น ๆ ตามที่จังหวัดเห็นสมควร</p>													
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 ร้อยละ 100													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ													
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน / การลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลัง													
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ													
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต													
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 8 แห่ง													
สูตรคำนวณ	$= (A/B) \times 100$													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8 อำเภอ</td> <td>ร้อยละ (อำเภอ)</td> <td>ร้อยละ 70 (8อำเภอ)</td> <td>ร้อยละ 75 (8อำเภอ)</td> <td>ร้อยละ 100 (8อำเภอ)</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2564	2565	2566	8 อำเภอ	ร้อยละ (อำเภอ)	ร้อยละ 70 (8อำเภอ)	ร้อยละ 75 (8อำเภอ)	ร้อยละ 100 (8อำเภอ)
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2564	2565	2566										
8 อำเภอ	ร้อยละ (อำเภอ)	ร้อยละ 70 (8อำเภอ)	ร้อยละ 75 (8อำเภอ)	ร้อยละ 100 (8อำเภอ)										
ระยะเวลาประเมินผล	3,6,9,12 เดือน													

วิธีการประเมิน	ข้อ	ขั้นตอน
	1.	มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน
	2.	มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา และบันทึกประเด็นผ่านโปรแกรม CL UCCARE
	3.	มีคณะทำงาน (ย่อย) ตามประเด็น/วางแผนแนวทางการขับเคลื่อน (แผนงาน/โครงการ)
	4.	มีการขับเคลื่อนการพัฒนาประเด็นที่กำหนดตามแผนงาน/โครงการ และมีการบูรณาการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามเป้าหมาย
	5.	คณะทำงาน ดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงานด้วยตนเองผ่านระบบ CL UCCARE
	6.	มีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พชอ.ในกลุ่มเป้าหมาย (การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ร้อยละ 70 ขึ้นไป)
	7.	- มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานตามประเด็น ODOP ระดับอำเภอหรือระดับจังหวัด ร้อยละ 100

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการ ข้อ 1 - 2	ดำเนินการ ข้อ 1 - 4	ดำเนินการ ข้อ 1 - 6	ดำเนินการ ข้อ 1 - 7

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบ 3 เดือน	-	-	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 1 - 2
รอบ 6 เดือน	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 1 - 2	ข้อ 1 - 3	ข้อ 1 - 4
รอบ 9 เดือน	ข้อ 1 - 2	ข้อ 1 - 3	ข้อ 1 - 4	ข้อ 1 - 5	ข้อ 1 - 6
รอบ 12 เดือน	ข้อ 1-3	ข้อ 1 - 4	ข้อ 1 - 5	ข้อ 1 - 6	ข้อ 1 - 7

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด : วัดจากหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์รอบ 3, 6, 9, 12 เดือน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบ 3 เดือน	1-2 แห่ง	3-4 แห่ง	5-6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง
รอบ 6 เดือน	1-2 แห่ง	3-4 แห่ง	5-6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง
รอบ 9 เดือน	1-2 แห่ง	3-4 แห่ง	5-6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง
รอบ 12 เดือน	1-2 แห่ง	3-4 แห่ง	5-6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	รอบ 3 เดือน สสอ. ผ่านข้อ 1-2 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน สสอ. ผ่านข้อ 1-4 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน สสอ. ผ่านข้อ 1-6 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน สสอ. ผ่านข้อ 1-7 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ผ่าน 5 คะแนน ร้อยละ 100 รอบ 3, 6, 9, 12 เดือน สสอ.ผ่าน 5 คะแนน จำนวน 8 แห่ง
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวธนิดา เครือสีดา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ 038-613430 ต่อ 4202 มือถือ 082-4718902 E-mail: qarayong09@gmail.com

แผนงานที่	Plan 4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	P5. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัด	MOU_22 ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ
คำนิยาม	<p>CUP สามารถดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 – 5 โดยมีนิยาม ดังนี้</p> <p>ภัยสุขภาพ หมายถึง สถานการณ์ สภาวะการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณสุขภัยที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายรวมถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล</p> <p>สาธารณสุขภัย หมายถึง สถานการณ์ สภาวะการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณสุขภัยที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายรวมถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล</p> <p>ความเสี่ยงสาธารณสุขภัย หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้นและนำมาซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ในบริบทของสาธารณสุขภัยจึงหมายความว่า “โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการได้รับผลกระทบทางลบจากการเกิดสาธารณสุขภัยโดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สิน และบริการต่าง ๆ ในระดับบุคคล ชุมชน สังคม หรือประเทศ</p> <p>การประเมินความเสี่ยงสาธารณสุขภัย (Risk Assessment) หมายถึง เป็นกระบวนการที่ช่วยตรวจสอบระดับของความเสียหายที่ชุมชนหรือสังคมมีต่อสาธารณสุขภัยโดยการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในด้านที่เกี่ยวข้องกับภัย ความล่าช้าและความแปรปรวน ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ทรัพย์สิน การบริการ การดำรงชีพ และสิ่งแวดล้อม</p> <p>ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident command System : ICS) สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการที่ใช้เพื่อการบังคับบัญชาการ สั่งการ ควบคุม และประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในสถานการณ์เฉพาะ โดยอาศัยระบบบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ และทรัพยากรที่แม่นยำและรวดเร็ว</p> <p>CIR (Critical Information Requirement) ระดับจังหวัด หมายถึง ข้อมูลสำคัญของเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ หรืออาจมีผลกระทบต่อสาธารณสุขในวงกว้างหรือมีความรุนแรงสูง ต้องการการตอบสนองเร่งด่วนภายใน 24 ชั่วโมง</p> <p>ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข(Public Health Emergency Operations Center : PHEOC) หมายถึง สถานที่ซึ่งเป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่ออำนวยความสะดวก สั่งการ ประสานงาน สนับสนุนการบริหาร แลกเปลี่ยนข้อมูล จัดสรรและกระจายทรัพยากรทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขด้วย</p> <p>All Hazards Plan (AHP) หมายถึง แผนเตรียมความพร้อมที่เตรียมไว้เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมทุกโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อม และนำไปใช้ในการจัดการภาวะฉุกเฉินได้ทันต่อสถานการณ์และมีประสิทธิภาพ</p>

	<p>Hazard Specific Plan (HSP) หมายถึง แผนที่เตรียมไว้ล่วงหน้าสำหรับการตอบโต้สถานการณ์โรค หรือภัยสุขภาพที่จำเพาะที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขเช่น แผนรับมือโรคไข้หวัดนก โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส แผนการจัดการโรค และภัยสุขภาพที่เกิดจากน้ำท่วม เป็นต้น</p> <p>Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนเผชิญเหตุที่ถูกจัดทำในขณะที่เกิดเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับแต่ละช่วงเวลา</p> <p>ปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เป้าหมายการปฏิบัติการ ห้วงระยะเวลาปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ และกลวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ</p> <p>การฝึกซ้อมแผน หมายถึง ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย 1 ภัย</p> <p>Resource Mapping หมายถึง การจัดทำระบบฐานข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อวางแผนการบริหารจัดการสาธารณสุขและในภาวะฉุกเฉิน เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขเชิงพื้นที่ โดยนำข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบหรือลักษณะต่าง ๆ จัดทำให้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ในรายละเอียดทุกมิติ ได้แก่ การคาดการณ์ การจัดหา การสำรอง การจัดเก็บ การขนส่ง เป็นต้น เพื่อสนับสนุนการจัดการสาธารณสุขและภาวะฉุกเฉินให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	CUP สามารถดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดในชั้นที่ 1 – 5 โดยผ่านระดับความสำเร็จชั้นที่ 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	9 CUP
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	วัดผลงานระดับ CUP
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับ CUP
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลจากผลการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โรค/ภัยสุขภาพ 2. รายงานการประชุมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับ CUP หรือ ระดับพื้นที่ 3. รายงาน หรือสรุปผลการถอดบทเรียน การสอบสวนการระบาดของโรค/ภัยสุขภาพ หรือตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข/ สรุปถอดบทเรียนการซ้อมแผนด้านโรคและภัยสุขภาพ ในระดับพื้นที่ 4. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉิน (EOC) และทีม SAT ระดับอำเภอ 5. สถานที่/อุปกรณ์ สำหรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับอำเภอ 6. การอบรม และรายชื่อทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) 7. รายงานประเมินสถานการณ์โรค/ภัยสุขภาพ/(Spot report) และผลการสอบสวนโรค/ภัย (Outbreak verification list) 8. แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน Incident Action Plan (IAP) 9. แผน All Hazards Plan (AHP) 10. แผน Hazard Specific Plan (HSP) 11. คู่มือ SOP (Standard Operation Procedure)

รายการข้อมูล 1	A = จำนวน CUP ที่มีระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงาน และดำเนินการได้ 5 ขั้นตอน							
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน CUP ทั้งหมด							
สูตรคำนวณ	$= (A/B) \times 100$							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน					
			2561	2562	2563	2564	2565	2566
	1. ร้อยละของอำเภอ/CUP ที่มี การพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการ ภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีม ตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง และดำเนินการได้ 5 ขั้นตอน	ร้อยละ	85	100	100	-	-	-
	2. ร้อยละของ CUP มี ความสำเร็จในการจัดการ ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	ร้อยละ	ตัวชี้วัดใหม่ปี 2564		100	100		
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 1 (ตุลาคม 65 – ธันวาคม 65) ไตรมาส 2 (มกราคม 66 – มีนาคม 66) ไตรมาส 3 (เมษายน 66 – มิถุนายน 66) ไตรมาส 4 (กรกฎาคม 66 – สิงหาคม 66)							
วิธีการประเมิน	ขั้นที่ 1 – 5 CUP ทุกแห่ง สามารถดำเนินไปพร้อมๆกันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้ ไตรมาสที่ 2 (รอบ 5 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 ได้ ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้ ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้ ไตรมาสที่ 4 (รอบ 10 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 หรือ ได้ ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้							
เกณฑ์การ ประเมิน	รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 2 และ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 4 หรือ 5	ขั้นตอนที่ 5		
	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน			เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน			
	ระบบการรายงานสถานการณ์ความเสี่ยงทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน							
	1.	1.1 การจัดทำ DCIRs ที่ครอบคลุมทันเวลา โรคและภัยสุขภาพในพื้นที่			1. มีเกณฑ์ DCIRs ที่เป็นปัจจุบัน 2. รายงาน DCIRs 3. ทะเบียนรับแจ้ง DCIRs หรือระบบต่างๆที่สามารถอ้างอิงได้			
	ระบบการเตรียมความพร้อมโครงสร้างและกลไกในการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขใน หน่วยงานระดับจังหวัด							
		1.2 ทบทวนคำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการ ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข			1. คำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้าน การแพทย์และสาธารณสุข			

		และโครงสร้างของระบบบัญชาการเหตุการณ์ของหน่วยงานครบ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การกิจด้านข้อมูลและยุทธศาสตร์ 2) การกิจด้านปฏิบัติการ 3) การกิจด้านการสนับสนุน	2. โครงสร้างของระบบบัญชาการเหตุการณ์(ICS)ของหน่วยงานครบ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การกิจด้านข้อมูลและยุทธศาสตร์ 2) การกิจด้านปฏิบัติการ 3) การกิจด้านการสนับสนุน
	2	2.1 การวิเคราะห์ และการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ จำนวน 3 อันดับแรก และจัดทำรายงานตามแบบฟอร์ม	รายงานผลการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ 3 อันดับแรก ของจังหวัด ตามแบบฟอร์มกลาง
	3	3.1 จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข เช่น AHP/HSP/BCP/IAP ฉบับปรับปรุงประจำปี พ.ศ. 2567	แผนปฏิบัติการครอบคลุมทุกโรคและภัยสุขภาพ (All-Hazard Plan: AHP) หรือ แผนปฏิบัติการเฉพาะโรคและภัยสุขภาพ (Hazard Specific Plan: HSP) หรือแผนประคองกิจการ (Business Continuity Plan: BCP) หรือแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) หมายเหตุ : ทุกแผนขอให้ทบทวนเป็นฉบับปัจจุบัน
		3.2 ดำเนินการฝึกซ้อมแผนร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย จากการกำหนดโรคหรือภัยสุขภาพตามการประเมินความเสี่ยง	รายงาน/สรุปซ้อมแผนของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ อย่างน้อย 1 ภัย จากการกำหนดโรคหรือภัยสุขภาพตามการประเมินความเสี่ยง
ระบบการบริหารจัดการทรัพยากรสำรองฉุกเฉินและระบบโลจิสติกส์ทางการแพทย์และการสาธารณสุข			
	4	4.1 มีการจัดทำรายการทรัพยากรที่จำเป็น และรายชื่อผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขของจังหวัด (Resource Mapping)	1. ทะเบียนรายการทรัพยากรและผู้เชี่ยวชาญที่จำเป็นของแต่ละชนิดของโรคและภัยสุขภาพ และเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกทรัพยากร 2. ข้อมูลผู้ประกอบการยาและเวชภัณฑ์ที่เป็นแหล่งจัดหาหลักและแหล่งจัดหาสำรอง
		4.2 มีข้อมูลคงคลังของทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในสถานการณ์ฉุกเฉินของจังหวัดที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน	1. ข้อมูลรายการทรัพยากรคงคลัง (Stock) ของทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับเตรียมความพร้อมในสถานการณ์ฉุกเฉินและสาธารณสุขของหน่วยบริการที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน และสามารถเรียกดูย้อนหลังได้อย่างน้อย 3 ปี 2. ข้อมูลการคาดการณ์สำหรับสำรองยาและเวชภัณฑ์ (Safety Stock) สำหรับตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินและสาธารณสุข
		4.3 มีคู่มือแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินของจังหวัด	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินของจังหวัด 2. คู่มือแนวทางการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับจังหวัด

	5	5.1 มีการจัดฝึกซ้อมแผนการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนภายในจังหวัด	1. แผนการฝึกซ้อมแผนการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของหน่วยงาน 2. สรุปผลและการประเมินการฝึกซ้อมแผนการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุข ตามแผนที่กำหนด
--	---	--	--

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	ขั้นตอนที่ 1
5 เดือน	-	-	-	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2
6 เดือน	-	-	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2 หรือ 3	ขั้นตอนที่ 2 และ 3
9 เดือน	-	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4
10 เดือน	-	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4 หรือ 5
12 เดือน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≤ 59%	60-69%	70-79%	80-89%	≥ 90%
5 เดือน	≤ 59%	60-69%	70-79%	80-89%	≥ 90%
6 เดือน	≤ 59%	60-69%	70-79%	80-89%	≥ 90%
9 เดือน	≤ 59%	60-69%	70-79%	80-89%	≥ 90%
10 เดือน	≤ 59%	60-69%	70-79%	80-89%	≥ 90%
12 เดือน	≤ 59%	60-69%	70-79%	80-89%	≥ 90%

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ขั้นตอน 1 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ขั้นตอน 2 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ขั้นตอน 2 และ 3 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ขั้นตอน 4 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ขั้นตอน 4 หรือ 4 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ขั้นตอน 5 ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้ ทุกรอบการประเมินรอบ 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ≥ ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1.ดร.ปฐวี แว่ววัป ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 06-2249-1581 มือถือ 081-8641992 E-mail wiepid@gmail.com 2.น.ส.ทชวรรณ ธรรมวัตติ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 06-2249-1581 มือถือ 096-8486954 E-mail wiepid@gmail.com กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

แผนงานที่	Plan 4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	P6. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัด	MOU_23 ระดับความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยยุงลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เน้นโรคไข้เลือดออก)
คำนิยาม	<p>1.แผนปฏิบัติการหรือแนวทางควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก หมายถึง แนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อพื้นที่เข้าเกณฑ์เปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center, EOC) โดยต้องประกอบด้วยคำสั่งคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน บทบาทหน้าที่ และแนวทางการดำเนินงานของกลไกภารกิจที่สำคัญ ได้แก่ ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ทรชนกรู๋สถานการณ์ ยุทธศาสตร์ ปฏิบัติการ สื่อสารความเสี่ยง ดูแลรักษาผู้ป่วย และสำรองเวชภัณฑ์</p> <p>2.การวิเคราะห์สถานการณ์โรคไข้เลือดออก และโรคไข้วัดข้อมูลยุงลาย การวิเคราะห์ข้อมูลของโรคไข้เลือดออกและโรคไข้วัดข้อมูลยุงลาย ซึ่งควรมีข้อมูล 5 ด้าน หรือด้านที่จำเป็น อย่างน้อย 2 ใน 5 ด้าน ที่เพียงพอต่อการวางแผนการดำเนินงาน กำหนดมาตรการ หรือประเมินผลของการดำเนินงาน โดยข้อมูล 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านปัจจัยต้นเหตุ (determinants) ด้านพฤติกรรมเสี่ยง (Behavioral Risk) ด้านการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program Response) ด้านการติดเชื้อ การป่วย การตาย การพิการ (Infection/ Morbidity/ Mortality/Disability) และด้านเหตุการณ์ผิดปกติและการระบาด (Abnormal Event)</p> <p>2.1 ด้านปัจจัยต้นเหตุ (Determinant) หมายถึง ต้นเหตุของปัญหา หากไม่มีต้นเหตุของปัญหาตัวนี้แล้ว โรคหรือภัยสุขภาพนั้นจะไม่สามารถดำเนินวงจรชีวิตและก่อให้เกิดโรคได้ ปัจจัยต้นเหตุ แบ่งออกเป็น</p> <p>2.1.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Determinant) ได้แก่ เชื้อโรค เช่น ซีโรไทป์ไวรัสเดงกี (dengue serotype) สายพันธุ์ของไวรัสชิคุนกุนยา และพาหะนำโรค เช่น ความหนาแน่นของยุงตัวเต็มวัยและลูกน้ำยุงลาย</p> <p>2.1.2 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง (Social Determinant) ซึ่งเป็นตัวช่วยให้โรคเกิดการระบาดแพร่กระจายไปได้มากขึ้น เช่น แรงงานอพยพ ย้ายถิ่น ทำให้มีการระบาดของโรคต่างๆ ที่ไม่เคยมีในพื้นที่นั้นมาก่อนหน้านี้หรือโรคที่เคยหายไปแล้ว กลับมาเกิดใหม่ หรือทำให้การระบาดแพร่ขยายไปในวงกว้างมากขึ้น มีผู้สัมผัสเชื้อมากขึ้น และส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น</p> <p>2.2 ด้านปัจจัยเสี่ยง (Behavioral Risk) หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้คนเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ปัจจัยตัวนี้ เช่น ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมปฏิบัติตนของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรค</p> <p>2.3 ด้านการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program Response) หมายถึง มาตรการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เช่น การเฝ้าระวัง การควบคุมโรค การดูแลรักษา การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การบังคับใช้กฎหมายในเรื่องการกำจัดลูกน้ำยุงลายและการควบคุมโรค เป็นต้น</p> <p>2.4 ด้านการติดเชื้อ/การป่วย/การตาย/ความพิการ (Infection/Morbidity/Mortality/Disability) หมายถึง ผลลัพธ์ของการที่คนมีพฤติกรรมเสี่ยงและสัมผัสกับปัจจัยต้นเหตุแล้ว ร่างกายไม่สามารถกำจัดปัจจัยต้นเหตุนั้นได้ จนทำให้</p>

	<p>ร่างกายติดเชื้อ ป่วย ตาย หรือพิการ เช่น ข้อมูลจำนวนป่วย เสียชีวิต/อัตราป่วย/อัตราตาย/อัตราป่วยตาย</p> <p>2.5 ด้านการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติ หมายถึง</p> <p>2.5.1 การเกิดโรคและภัยสุขภาพทั้งแบบเป็นกลุ่มก้อน และแบบไม่เป็นกลุ่มก้อน (เช่น การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก/โรคไข้วัดช้อยในพื้นที่ ผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต การป่วยด้วยโรคไข้วัดช้อยในพื้นที่ที่ไม่เคยพบผู้ป่วยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา)</p> <p>2.5.2 การเกิดเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพของประชาชน เช่น การมีฝนตกนอกฤดูกาลหรือมีฝนตกยาวนานมากกว่าปกติ หรือการเกิดอุทกภัย อาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคติดต่อมาโดยง่ายมากขึ้น เป็นต้น</p> <p>3.ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ผลการสำรวจความหนาแน่นของลูกน้ำยุงลาย ในสถานที่สำคัญ (7ร.) ได้แก่ โรงเรือน (บ้าน) โรงธรรม (ศาสนสถาน) โรงเรียน โรงพยาบาล โรงแรม โรงงาน และสถานที่ราชการ ซึ่งประกอบด้วยดัชนีที่สำคัญ คือ ร้อยละของบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (House Index; HI) และภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (Container Index; CI) โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงเรือน HI < 5 และ - โรงเรียน CI = 0 และ - โรงพยาบาล CI = 0 และ - โรงธรรม หรือ โรงแรม หรือ โรงงาน หรือ สถานที่ราชการ CI < 5 <p>4.การขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย หมายถึง การจัดการสิ่งแวดล้อมและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การจัดกิจกรรมจิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อมฯ ในชุมชน การจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน เป็นต้น</p> <p>5.การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ปรับใช้ และบอกต่อข้อมูลสุขภาพด้านการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย หมายถึง ความสามารถของตัวบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งเลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อมาโดยยุงลายได้อย่างเหมาะสม ตามกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>เข้าถึง หมายถึง การสร้างเสริมความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการสืบค้นหาข้อมูล และบริการทางสุขภาพที่ถูกต้องและสามารถตรวจสอบข้อมูลความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้</p> <p>เข้าใจ หมายถึง การพัฒนาความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ สะท้อนได้จากการวัดระดับการจดจำ ระดับความเข้าใจ หรือระดับความยากในการจดจำและทำความเข้าใจ</p> <p>ประเมิน หมายถึง การคัดเลือกข้อมูล พิจารณา และตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลายที่ถูกต้อง</p> <p>ปรับใช้ หมายถึง ความสามารถและทักษะการตัดสินใจ เตือนตนเอง หรือจัดการตนเอง เพื่อนำชุดข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลายได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>บอกต่อ หมายถึง การถ่ายทอดความรู้ด้านการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลายที่ถูกต้อง ไปสู่ผู้อื่น</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ทุก CUP สามารถดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอน และผ่านความสำเร็จขั้นที่ 5

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	9 CUP					
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	ประเมินผลการดำเนินงานระดับ CUP					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับ CUP					
แหล่งข้อมูล	1.ฐานข้อมูลรายงานเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา รายงาน 506 2.แบบรายงานการสอบสวนโรคใช้เลือดออกเฉพาะราย และ/หรือ รายงานการสอบสวนการระบาด 3.ทะเบียนการรับ-แจ้งโรคใช้เลือดออกของ รพ.สต. และ สสอ. หรือ เทศบาลในพื้นที่ 4.รายงานการตรวจจับการเกิดโรค รายวัน/รายสัปดาห์ ของศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ 5.แบบรายงานการสุ่มลูกน้ำยุงลาย หรือ Onepage					
รายการข้อมูล 1	$A =$ อัตราป่วยโรคใช้เลือดออก หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DF+DHF+DSS ในจำนวนประชากร 100,000 คน คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคใช้เลือดออก $\times 100,000 /$ จำนวนประชากร กลางปี $C =$ จำนวน CUP ที่มีการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย (ใช้เลือดออก/ ชิคุนกุนยา/ชิกา) ได้ 5 ขั้นตอน					
รายการข้อมูล 2	$B =$ ค่ามัธยฐาน (Median line) ย้อนหลัง 5 ปี หมายถึง ค่ากลางที่ได้จากการเรียงลำดับ ข้อมูลอัตราป่วยโรคใช้เลือดออก ตั้งแต่ปี 2562-2566 ตามปีปฏิทิน $D =$ จำนวน รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ทั้งหมดที่ถูกประเมิน					
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	1. อัตราป่วยโรคใช้เลือดออกลดลงร้อยละ 20 จากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง $= (A - B) \times 100 / B$ (ค่าที่ได้อาจมีค่าติดลบ*) $A =$ อัตราป่วยโรคใช้เลือดออกปี ๒๕๖๗ $B =$ ค่ามัธยฐาน (Median line) ย้อนหลัง 5 ปี * เครื่องหมาย - (ติดลบ) หมายถึงการลดลง + (บวก) หมายถึงเพิ่มขึ้น 2. ร้อยละของจำนวน CUP ที่สามารถดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอน $= (C/D) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	2567
	1. ร้อยละของจำนวน CUP ที่มีการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย (เน้นโรคใช้เลือดออก) ได้ 5 ขั้นตอน	ร้อยละ	-	-	-	
	2. ร้อยละของจำนวน CUP ที่สามารถดำเนินการทั้ง 5 ขั้นตอน และผ่านความสำเร็จขั้นที่ 5 มากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ	100	76.47	-	
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 1 (ตุลาคม 66 – ธันวาคม 66) ไตรมาส 2 (มกราคม 67 – มีนาคม 67) ไตรมาส 3 (เมษายน 67 – มิถุนายน 67) ไตรมาส 4 (กรกฎาคม 67 – สิงหาคม 67)					

วิธีการประเมิน	<p>ขั้นที่ 1 – 5 โดย CUP ทุกแห่ง สามารถดำเนินไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้ ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้ ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้ ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้</p>																													
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1" data-bbox="403 472 1428 562"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 5 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 10 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ขั้นตอนที่ 1</td> <td>ขั้นตอนที่ 2,3</td> <td>ขั้นตอนที่ 2,3</td> <td>ขั้นตอนที่ 4</td> <td>ขั้นตอนที่ 4</td> <td>ขั้นตอนที่ 5</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="403 607 1428 2078"> <thead> <tr> <th>ขั้นตอนที่</th> <th>รายละเอียดการดำเนินงาน</th> <th>เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - มีการวิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ก่อน และระหว่างฤดูกาลระบาดของโรคไข้เลือดออก หรือโรคติดต่ออื่นๆ โดยบุคลากรอื่น ๆ ใดอย่างหนึ่ง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง - กรณีพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต ให้สถานพยาบาลภายใน CUP จัดทำประชุม Dead Case Conference ภายใน 7 วัน </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - รายงานผลการวิเคราะห์ ประเมินสถานการณ์ก่อนฤดูกาลระบาดของโรคไข้เลือดออก หรือโรคติดต่ออื่นๆ โดยบุคลากรอื่น ๆ ใดอย่างหนึ่ง <u>ในระดับ CUP</u> - เอกสาร/หลักฐาน การประชุม Dead Case Conference กรณีไข้เลือดออกเสียชีวิต </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - มีการสื่อสารความเสี่ยง และสร้างความตระหนักในการป้องกันควบคุมโรค ในประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ปรับใช้ และบอกต่อข้อมูลสุขภาพด้านการป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ โดยบุคลากรอื่น ๆ ใดอย่างหนึ่ง - กรณีพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต ให้สถานพยาบาลภายใน CUP จัดทำประชุม Dead Case Conference ภายใน 7 วัน </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำ One page/ Infographic/ สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น สถานการณ์โรค ความรู้ในการป้องกันโรค ฯลฯ เป็นต้น และเผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ - รายงานผลประเมินความรู้ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ โดยบุคลากรอื่น ๆ ใดอย่างหนึ่ง - เอกสาร/หลักฐาน การประชุม Dead Case Conference กรณีไข้เลือดออกเสียชีวิต </td> </tr> <tr> <td>3</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - มีแผนปฏิบัติการหรือแนวทางควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก หรือโรคติดต่ออื่นๆ โดยบุคลากรอื่น ๆ ใดอย่างหนึ่ง - การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน - กรณีพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต ให้สถานพยาบาลภายใน CUP จัดทำประชุม Dead Case Conference ภายใน 7 วัน </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - แผนปฏิบัติการหรือแนวทางควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก หรือโรคติดต่ออื่นๆ โดยบุคลากรอื่น ๆ ใดอย่างหนึ่ง เช่น CPG - แผนการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชนและสถานที่สำคัญต่าง ๆ (7 ร. และพื้นที่สาธารณะ) ต่อเนื่อง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่งรายงานทุกเดือน - แผนข้อมูลทรัพยากรที่ใช้สำหรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออก สำรวจและจัดเตรียมทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย สารเคมี เครื่องพ่นสารเคมี ยาทากันยุง ให้เพียงพอในการควบคุมโรค <u>ส่งรายงานทุกเดือน</u> - เอกสาร/หลักฐาน การประชุม Dead Case Conference กรณีไข้เลือดออกเสียชีวิต </td> </tr> </tbody> </table>						รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2,3	ขั้นตอนที่ 2,3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	1	<ul style="list-style-type: none"> - มีการวิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ก่อน และระหว่างฤดูกาลระบาดของโรคไข้เลือดออก หรือโรคติดต่ออื่นๆ โดยบุคลากรอื่น ๆ ใดอย่างหนึ่ง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง - กรณีพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต ให้สถานพยาบาลภายใน CUP จัดทำประชุม Dead Case Conference ภายใน 7 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานผลการวิเคราะห์ ประเมินสถานการณ์ก่อนฤดูกาลระบาดของโรคไข้เลือดออก หรือโรคติดต่ออื่นๆ โดยบุคลากรอื่น ๆ ใดอย่างหนึ่ง <u>ในระดับ CUP</u> - เอกสาร/หลักฐาน การประชุม Dead Case Conference กรณีไข้เลือดออกเสียชีวิต 	2	<ul style="list-style-type: none"> - มีการสื่อสารความเสี่ยง และสร้างความตระหนักในการป้องกันควบคุมโรค ในประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ปรับใช้ และบอกต่อข้อมูลสุขภาพด้านการป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ โดยบุคลากรอื่น ๆ ใดอย่างหนึ่ง - กรณีพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต ให้สถานพยาบาลภายใน CUP จัดทำประชุม Dead Case Conference ภายใน 7 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำ One page/ Infographic/ สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น สถานการณ์โรค ความรู้ในการป้องกันโรค ฯลฯ เป็นต้น และเผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ - รายงานผลประเมินความรู้ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ โดยบุคลากรอื่น ๆ ใดอย่างหนึ่ง - เอกสาร/หลักฐาน การประชุม Dead Case Conference กรณีไข้เลือดออกเสียชีวิต 	3	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนปฏิบัติการหรือแนวทางควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก หรือโรคติดต่ออื่นๆ โดยบุคลากรอื่น ๆ ใดอย่างหนึ่ง - การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน - กรณีพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต ให้สถานพยาบาลภายใน CUP จัดทำประชุม Dead Case Conference ภายใน 7 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - แผนปฏิบัติการหรือแนวทางควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก หรือโรคติดต่ออื่นๆ โดยบุคลากรอื่น ๆ ใดอย่างหนึ่ง เช่น CPG - แผนการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชนและสถานที่สำคัญต่าง ๆ (7 ร. และพื้นที่สาธารณะ) ต่อเนื่อง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่งรายงานทุกเดือน - แผนข้อมูลทรัพยากรที่ใช้สำหรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออก สำรวจและจัดเตรียมทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย สารเคมี เครื่องพ่นสารเคมี ยาทากันยุง ให้เพียงพอในการควบคุมโรค <u>ส่งรายงานทุกเดือน</u> - เอกสาร/หลักฐาน การประชุม Dead Case Conference กรณีไข้เลือดออกเสียชีวิต
รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน																									
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2,3	ขั้นตอนที่ 2,3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5																									
ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน																												
1	<ul style="list-style-type: none"> - มีการวิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ก่อน และระหว่างฤดูกาลระบาดของโรคไข้เลือดออก หรือโรคติดต่ออื่นๆ โดยบุคลากรอื่น ๆ ใดอย่างหนึ่ง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง - กรณีพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต ให้สถานพยาบาลภายใน CUP จัดทำประชุม Dead Case Conference ภายใน 7 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานผลการวิเคราะห์ ประเมินสถานการณ์ก่อนฤดูกาลระบาดของโรคไข้เลือดออก หรือโรคติดต่ออื่นๆ โดยบุคลากรอื่น ๆ ใดอย่างหนึ่ง <u>ในระดับ CUP</u> - เอกสาร/หลักฐาน การประชุม Dead Case Conference กรณีไข้เลือดออกเสียชีวิต 																												
2	<ul style="list-style-type: none"> - มีการสื่อสารความเสี่ยง และสร้างความตระหนักในการป้องกันควบคุมโรค ในประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ปรับใช้ และบอกต่อข้อมูลสุขภาพด้านการป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ โดยบุคลากรอื่น ๆ ใดอย่างหนึ่ง - กรณีพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต ให้สถานพยาบาลภายใน CUP จัดทำประชุม Dead Case Conference ภายใน 7 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำ One page/ Infographic/ สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น สถานการณ์โรค ความรู้ในการป้องกันโรค ฯลฯ เป็นต้น และเผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ - รายงานผลประเมินความรู้ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ โดยบุคลากรอื่น ๆ ใดอย่างหนึ่ง - เอกสาร/หลักฐาน การประชุม Dead Case Conference กรณีไข้เลือดออกเสียชีวิต 																												
3	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนปฏิบัติการหรือแนวทางควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก หรือโรคติดต่ออื่นๆ โดยบุคลากรอื่น ๆ ใดอย่างหนึ่ง - การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน - กรณีพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต ให้สถานพยาบาลภายใน CUP จัดทำประชุม Dead Case Conference ภายใน 7 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - แผนปฏิบัติการหรือแนวทางควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก หรือโรคติดต่ออื่นๆ โดยบุคลากรอื่น ๆ ใดอย่างหนึ่ง เช่น CPG - แผนการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชนและสถานที่สำคัญต่าง ๆ (7 ร. และพื้นที่สาธารณะ) ต่อเนื่อง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่งรายงานทุกเดือน - แผนข้อมูลทรัพยากรที่ใช้สำหรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออก สำรวจและจัดเตรียมทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย สารเคมี เครื่องพ่นสารเคมี ยาทากันยุง ให้เพียงพอในการควบคุมโรค <u>ส่งรายงานทุกเดือน</u> - เอกสาร/หลักฐาน การประชุม Dead Case Conference กรณีไข้เลือดออกเสียชีวิต 																												

	4	- มีการเฝ้าระวังค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด - กรณีพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต ให้สถานพยาบาลภายใน CUP จัดทำประชุม Dead Case Conference ภายใน 7 วัน	- จัดทำ One page/ รายงานการสำรวจลูกน้ำยุงลายรายสัปดาห์ หรือ รายเดือน ส่งรายงานทุกเดือน - สุ่มประเมินโดย สสจ.ระยอง - เอกสาร/หลักฐาน การประชุม Dead Case Conference กรณีไข้เลือดออกเสียชีวิต
	5	- ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในแต่ละ CUP มีแนวโน้มลดลง - กรณีพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต ให้สถานพยาบาลภายใน CUP จัดทำประชุม Dead Case Conference ภายใน 7 วัน	- อัตราผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงร้อยละ 20 จากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง - เอกสาร/หลักฐาน การประชุม Dead Case Conference กรณีไข้เลือดออกเสียชีวิต

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละ CUP

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	ขั้นตอนที่ 1
5 เดือน	-	-	-	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2
6 เดือน	-	-	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2 หรือ 3	ขั้นตอนที่ 2 และ 3
9 เดือน	-	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4
10 เดือน	-	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4 หรือ 5
12 เดือน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥ 80%
5 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥ 80%
6 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥ 80%
9 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥ 80%
10 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥ 80%
12 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥ 80%

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ขั้นตอน 1 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ขั้นตอน 2 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ขั้นตอน 2 และ 3 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ขั้นตอน 4 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ขั้นตอน 4 หรือ 5 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ขั้นตอน 5 ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ ทุกรอบการประเมินรอบ 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ≥ ร้อยละ 80 ที่ 5 คะแนน
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	น.ส.เกศินี นามแดง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 06-2249-1581 E-mail wiepid@gmail.com

แผนงานที่	Plan 4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	P6. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัด	MOU_24 ร้อยละของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าและผู้ถูกสัตว์กัด ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ครบสุดตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมีการบันทึกลงทะเบียนรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36)
คำนิยาม	<p>หมายถึง : การดำเนินงานตามกลยุทธ์ของแผนยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน ตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามกลยุทธ์ภายใต้ยุทธศาสตร์ คือการเฝ้าระวังโรคในคน การป้องกันโรคในคน การควบคุมโรค เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ ไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ในจังหวัดระยอง คำจำกัดความ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสัมผัส หมายถึง การถูกสัตว์ กัด ข่วน เลียบบริเวณบาดแผลหรือเลียที่เยื่อปาก จมูก ตา หรือน้ำลายกระเด็นเข้าบาดแผล หรือผิวหนังที่มีรอยถลอก และกินอาหารดิบที่ปรุงจากสัตว์ หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า 2. ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึง การถูกสัตว์ กัด ข่วน เลียบบริเวณบาดแผลหรือเลีย ที่เยื่อปาก จมูก ตา หรือน้ำลายกระเด็นเข้าบาดแผล หรือผิวหนังที่มีรอยถลอก และกินอาหารดิบ ที่ปรุงจากสัตว์ หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า หรือผู้ป่วยที่ได้รับการพิสูจน์ หรือสงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้า และรวมถึงกรณีถูกสัตว์กัด แล้วสัตว์หนีหาย หรือไม่ทราบประวัติสัตว์ 3. สัตว์หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึง สัตว์เลี้ยงลูก ด้วยนม ที่ได้รับการตรวจหาเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า และให้ผลยืนยันพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า จากกรมปศุสัตว์/ สถาบันวิจัยฯ/ หน่วยงานที่กรมปศุสัตว์ให้การรับรอง ที่มาของข้อมูล : http://www.thairabies.net/trn/ และสำนักงานปศุสัตว์จังหวัดระยอง 4. สัตว์หนีหาย หมายถึง สัตว์ที่ไม่สามารถกักขังหรือดูแลไว้เพื่อดูอาการได้ อย่างน้อยเป็นเวลา 10 วัน รวมถึงสัตว์จรจัด (สุนัข แมว) 5. สัตว์ไม่ทราบประวัติสัตว์ หมายถึง สัตว์หนีหาย หรือสัตว์ที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและมีเอกสาร จากกรมปศุสัตว์/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ หน่วยงานที่กรมปศุสัตว์ให้การรับรอง 6. ผู้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึง ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าหรือผู้ป่วยที่ได้รับการพิสูจน์ หรือสงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เข็มแรก ตามแนวทางเวชปฏิบัติ 7. ผู้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบชุด หมายถึง ผู้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบตามจำนวนตามแนวทางเวชปฏิบัติ 8. การบันทึกลงทะเบียนรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36) หมายถึง ข้อมูลผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า มีการบันทึกลงทะเบียนรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36) 9. รายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36) หมายถึง แบบรายงานการฉีดวัคซีนผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า สิทธิการรักษาสถานบริการ และประเภทของสิทธิการรักษาเพื่อให้สถานบริการได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้มากขึ้น
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า หรือสงสัยว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า และผู้ถูกสัตว์กัด ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมีการบันทึกผลระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า(ร.36) ประจำปีงบประมาณ 2567
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	รพช./ รพท./ รพช./ สสอ./ รพ.สต. ทุกแห่งที่ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และมีรหัสผู้บันทึกข้อมูล/รหัสสถานพยาบาล ในการบันทึกข้อมูลลงระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ประจำปีงบประมาณ 2567
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>การจัดเก็บข้อมูล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จากรายงาน/ ระบบฐานข้อมูลของหน่วยงานที่รับการประเมิน(DHS)/ การนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เป็นข้อมูลจำนวนผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าหรือสงสัยว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าและผู้ถูกสัตว์กัดได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมีการบันทึกผลระบบรายงาน ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า(ร.36) 2. จาก ระบบ HDC เป็นข้อมูลจำนวนผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าหรือสงสัยว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าและผู้ถูกสัตว์กัดได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมีการบันทึกผลระบบรายงาน ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36) นำข้อมูลที่ได้จากการประมวลผลเปรียบเทียบกับข้อที่ 1. <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ข้อมูลผู้รับการฉีดวัคซีน PCEC (เข็มแรก) จาก ระบบ HDC จังหวัดระยอง ตาราง epi Colum VACCINETYPE ชุดข้อมูล 111 คำสั่ง MySql set @yearstart :="2023"; set @yearend :="2024"; SELECT h.hospcode,h.hospname,e.month_serv,sum(PCEC) from (SELECT HOSPCODE,left(DATE_SERV,7) month_serv,count(left(DATE_SERV,7)) PCEC from epi WHERE VACCINETYPE='111' AND date_serv BETWEEN CONCAT(@yearstart,'-01-01') AND CONCAT(@yearend,'-12-31') GROUP BY HOSPCODE,left(DATE_SERV,7)) e left JOIN chospcode h on e.HOSPCODE=h.hospcode GROUP BY e.HOSPCODE,e.month_serv 2.2 ข้อมูลผู้สัมผัสโรควิเคราะห์จาก ระบบ HDC จังหวัดระยอง ตาราง diagnosis_opd Colum diagcode ชุดข้อมูล z242, t130, w54 คำสั่ง MySql set @yearstart :="2022"; set @yearend :="2023"; SELECT h.hospcode,h.hospname,e.month_serv,sum(PCEC) From (SELECT HOSPCODE,left(DATE_SERV,7) month_serv,count(left(DATE_SERV,7)) PCEC from diagnosis_opd

	<p>WHERE diagcode IN('z242','t130','w54')</p> <p>AND date_serv BETWEEN CONCAT(@yearstart,'-01-01') AND CONCAT(@yearend,'-12-31')</p> <p>GROUP BY HOSPCODE,left(DATE_SERV,7)) e left JOIN chospcode h on e.HOSPCODE=h.hospcode</p> <p>GROUP BY e.HOSPCODE,e.month_serv</p> <p>3. เปรียบเทียบกับข้อมูล ระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (แบบ ร.36) หรือแบบฟอร์ม หรือเว็บไซต์ ที่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองกำหนด</p>					
แหล่งข้อมูล	<p>ข้อมูลจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า จากระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า(Thai Rabies Net) หรือจากสำนักงานงานปศุสัตว์จังหวัดระยอง 2. รายงานจากระบบการเฝ้าระวังตามมาตรการเชิงรุกเพื่อป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน <ol style="list-style-type: none"> 2.1 แบบฟอร์มการค้นหาติดตามผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าเพื่อเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกัน (แบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า Rabies 1) จากหน่วยงานที่รับการประเมินจัดส่งมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 2.2 แบบรายงานสำหรับผู้บริหารเบื้องต้น (Spot Report) 3. ระบบฐานข้อมูลผู้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า(r36.ddc.moph.go.th) 4. ระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า(แบบ ร.36) ของหน่วยงานที่รับการประเมิน 5. ระบบฐานข้อมูลของหน่วยงานที่รับการประเมิน(DHS) 					
รายการข้อมูล 1	A =จำนวนผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า หรือสงสัยว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า และผู้ถูกสัตว์กัดได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมีการบันทึกลงระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า(ร.36)					
รายการข้อมูล 2	B =จำนวนผู้ถูกสัตว์กัด/ ช่วน/ เลีย ประจำปีงบประมาณ 2567 (1 ต.ค.66 - 30 ก.ย.67)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	
	100	ร้อยละ	100	100	100	
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ทุก 3 เดือน ไตรมาสที่ 1 วันที่ 25 ธันวาคม 2566</p> <p>ไตรมาสที่ 2 วันที่ 25 มีนาคม 2567</p> <p>ไตรมาสที่ 3 วันที่ 25 มิถุนายน 2567</p> <p>ไตรมาสที่ 4 วันที่ 31 สิงหาคม 2567</p>					
วิธีการประเมิน	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานที่ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและมีการบันทึกข้อมูลลงระบบรายงาน ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า 2. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ วิเคราะห์และประมวลข้อมูลการบันทึกข้อมูลลงระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า จากระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า http://r36.ddc.moph.go.th/r36/home 					
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< 60.99	70 – 79.99	80 – 89.99	90 – 99.99	<u>100</u>
5 เดือน	< 60.99	70 – 79.99	80 – 89.99	90 – 99.99	<u>100</u>
6 เดือน	< 60.99	70 – 79.99	80 – 89.99	90 – 99.99	<u>100</u>
9 เดือน	< 60.99	70 – 79.99	80 – 89.99	90 – 99.99	<u>100</u>
10 เดือน	< 60.99	70 – 79.99	80 – 89.99	90 – 99.99	<u>100</u>
12 เดือน	< 60.99	70 – 79.99	80 – 89.99	90 – 99.99	<u>100</u>

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	< 60.99	70 – 79.99	80 – 89.99	90 – 99.99	<u>100</u>
5 เดือน	< 60.99	70 – 79.99	80 – 89.99	90 – 99.99	<u>100</u>
6 เดือน	< 60.99	70 – 79.99	80 – 89.99	90 – 99.99	<u>100</u>
9 เดือน	< 60.99	70 – 79.99	80 – 89.99	90 – 99.99	<u>100</u>
10 เดือน	< 60.99	70 – 79.99	80 – 89.99	90 – 99.99	<u>100</u>
12 เดือน	< 60.99	70 – 79.99	80 – 89.99	90 – 99.99	<u>100</u>

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ ทุกรอบการประเมินรอบ 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ ทุกรอบการประเมินรอบ 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน
หมายเหตุ	
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นายพิเชษ ทองสำฤทธิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 0-3861-3735 ต่อ 3203 มือถือ 09-0997-3268 E-mail pichet1973@gmail.com

แผนงานที่	Plan 4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการ	P6. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
ตัวชี้วัด	MOU_25 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธานฯ				
คำนิยาม	หมายถึง : การสนับสนุน ส่งเสริม ผลักดัน ให้เกิดการดำเนินงานสำคัญ สอดคล้องตามกลยุทธ์ของแผนยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน ตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จาก โรคพิษสุนัขบ้า ตามกลยุทธ์ภายใต้ยุทธศาสตร์ คือการเฝ้าระวังโรคในคน การป้องกันโรคในคน การควบคุมโรค การ บูรณาการร่วมกับเครือข่าย การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และการศึกษาวิจัยพัฒนา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือ ไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ในจังหวัดระยอง				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100 ทุก CUP ดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอน และผ่านความสำเร็จขั้นที่ 5				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	9 CUP				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	ทุก CUP				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากข้อมูลผลการดำเนินงานระดับ CUP				
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> สรุปผลการประชุมฯ พร้อมปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานของปีที่ผ่านมา แผนป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าสำหรับพื้นที่/แผนป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สำหรับพขอ. ในอำเภอเสี่ยง ระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า http://r36.ddc.moph.go.th/r36/home (ระบบ ร.36) การดำเนินงานด้านสื่อสารความเสี่ยงเรื่องการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแก่ประชาชน/จัดกิจกรรมรณรงค์วันป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโลกเผยแพร่ความรู้ ประชาสัมพันธ์/สนับสนุนสื่อความรู้ <ol style="list-style-type: none"> หนังสือขอความร่วมมือจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า สื่อความรู้และผลการประเมินความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า สรุปรายงานการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าการดำเนินโครงการฯ ระดับ CUP พร้อมปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ 				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน CUP ที่มีการดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอน และผ่านความสำเร็จขั้นที่ 5				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน CUP ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2564	2565	2566
	100	ร้อยละ	100	100	100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน ไตรมาสที่ 1 วันที่ 25 ธันวาคม 2566 ไตรมาสที่ 2 วันที่ 25 มีนาคม 2567 ไตรมาสที่ 3 วันที่ 25 มิถุนายน 2567 ไตรมาสที่ 4 วันที่ 31 สิงหาคม 2567				

วิธีการประเมิน	<p>ขั้นตอนที่ 1 – 5 ทุก CUP ดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอนพร้อมกันตั้งแต่เริ่มปีงบประมาณ 2567 โดย</p> <p>ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้</p> <p>ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 ได้</p> <p>ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 3 - 4 ได้</p> <p>ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้</p>																																					
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1" data-bbox="403 524 1426 651"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 5 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 10 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ขั้นตอนที่ 1</td> <td>ขั้นตอนที่ 2</td> <td>ขั้นตอนที่ 2 และ 3</td> <td>ขั้นตอนที่ 4</td> <td>ขั้นตอนที่ 4</td> <td>ขั้นตอนที่ 5</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="403 696 1426 1964"> <thead> <tr> <th>ขั้นตอนที่</th> <th>รายละเอียดการดำเนินงาน</th> <th>คะแนน</th> <th>เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ประชุมถ่ายทอดโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ ให้กับบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับ CUP และวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานที่ผ่านมา</td> <td>1</td> <td>- สรุปผลการประชุมฯ พร้อมปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานที่ผ่านมา</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>บูรณาการแผนงานโรคพิษสุนัขบ้าผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)</td> <td>1</td> <td>- แผนป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าสำหรับพื้นที่</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>พัฒนาศักยภาพผู้ใช้ระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36) ทุกอำเภอที่มีการใช้ระบบรายงานผู้สัมผัสระดับตำบล</td> <td>1</td> <td>โครงการ/รายงานผลการดำเนินงาน - แนวทางเวชปฏิบัติ - ระบบ ร.36</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>สื่อสารความเสี่ยงเรื่องการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแก่ประชาชน/จัดกิจกรรมรณรงค์วันป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโลก เผยแพร่ความรู้ประชาสัมพันธ์/สนับสนุนสื่อความรู้</td> <td>1</td> <td>- หนังสือขอความร่วมมือจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า - สื่อความรู้ และผลการประเมินความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า - แบบรายงาน (ONE PAGE) การดำเนินงานร่วมกับกิจกรรมของสำนักงานปศุสัตว์จังหวัดระยอง/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</td> </tr> </tbody> </table>						รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 2 และ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล	1	ประชุมถ่ายทอดโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ ให้กับบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับ CUP และวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานที่ผ่านมา	1	- สรุปผลการประชุมฯ พร้อมปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานที่ผ่านมา	2	บูรณาการแผนงานโรคพิษสุนัขบ้าผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	1	- แผนป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าสำหรับพื้นที่	3	พัฒนาศักยภาพผู้ใช้ระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36) ทุกอำเภอที่มีการใช้ระบบรายงานผู้สัมผัสระดับตำบล	1	โครงการ/รายงานผลการดำเนินงาน - แนวทางเวชปฏิบัติ - ระบบ ร.36	4	สื่อสารความเสี่ยงเรื่องการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแก่ประชาชน/จัดกิจกรรมรณรงค์วันป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโลก เผยแพร่ความรู้ประชาสัมพันธ์/สนับสนุนสื่อความรู้	1	- หนังสือขอความร่วมมือจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า - สื่อความรู้ และผลการประเมินความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า - แบบรายงาน (ONE PAGE) การดำเนินงานร่วมกับกิจกรรมของสำนักงานปศุสัตว์จังหวัดระยอง/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน																																	
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 2 และ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5																																	
ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล																																			
1	ประชุมถ่ายทอดโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ ให้กับบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับ CUP และวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานที่ผ่านมา	1	- สรุปผลการประชุมฯ พร้อมปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานที่ผ่านมา																																			
2	บูรณาการแผนงานโรคพิษสุนัขบ้าผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	1	- แผนป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าสำหรับพื้นที่																																			
3	พัฒนาศักยภาพผู้ใช้ระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36) ทุกอำเภอที่มีการใช้ระบบรายงานผู้สัมผัสระดับตำบล	1	โครงการ/รายงานผลการดำเนินงาน - แนวทางเวชปฏิบัติ - ระบบ ร.36																																			
4	สื่อสารความเสี่ยงเรื่องการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแก่ประชาชน/จัดกิจกรรมรณรงค์วันป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโลก เผยแพร่ความรู้ประชาสัมพันธ์/สนับสนุนสื่อความรู้	1	- หนังสือขอความร่วมมือจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า - สื่อความรู้ และผลการประเมินความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า - แบบรายงาน (ONE PAGE) การดำเนินงานร่วมกับกิจกรรมของสำนักงานปศุสัตว์จังหวัดระยอง/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น																																			

	5	ประเมินผลความก้าวหน้าการดำเนินโครงการฯ ระดับ CUP พร้อมปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	1	- สรุปรายงานการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าการดำเนินโครงการฯ ระดับ CUP พร้อมปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ
--	---	---	---	--

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับคะแนน	ระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone)				
		ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธานฯ ปีงบประมาณ 2567	1	/				
	2	/	/			
	3	/	/	/		
	4	/	/	/	/	
	5	/	/	/	/	/

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การให้คะแนน (CUP)

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥ 80%
5 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥ 80%
6 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥ 80%
9 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥ 80%
10 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥ 80%
12 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥ 80%

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ขั้นตอนที่ 1 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ขั้นตอนที่ 1 และ 2 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ขั้นตอนที่ 1, 2, และ 3 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ขั้นตอนที่ 1, 2, 3, และ 4 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ขั้นตอนที่ 1, 2, 3, และ 4 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ขั้นตอนที่ 1, 2, 3, 4, และ 5 ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ ทุกรอบการประเมินรอบ 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน ร้อยละ 80 ที่ 5 คะแนน
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นายพิเชษ ทองสำฤทธิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 0-3861-3735 ต่อ 3203 มือถือ 09-0997-3268 E-mail phichet1973@gmail.com

แผนงานที่	Plan 4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการ	P6. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
ตัวชี้วัด	MOU_26 ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน				
คำนิยาม	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือ ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน การคัดกรองเบาหวาน หมายถึง การคัดกรองเบาหวานด้วยวจา และตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยวิธี Fasting plasma glucose หรือ Fasting capillary glucose				
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบทั้งหมด TYPEAREA = 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง), TYPEAREA = 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ)				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพ. / สสอ. / รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง / รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัด อปท. ทุกแห่ง / ศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานในปีงบประมาณ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือ ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2564	2565	2566
	ร้อยละประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	ร้อยละ	84.49	72.29	62.10
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน ติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส				
วิธีการประเมิน	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC กระทรวงสาธารณสุข โดยคิดจาก 43 แฟ้ม : แฟ้มประชากร PERSON สัญชาติไทย (คำนวณ ณ วันที่ 1 ม.ค. ของปีงบประมาณนั้น ลบวัน เดือน ปี เกิด แล้วมีอายุ 35 ปีขึ้นไป) A : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบสัญชาติไทย สถานะบุคคล TYPEAREA 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง), TYPEAREA 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการคัดกรองโดยเจาะน้ำตาลในเลือด จากแฟ้ม NCDScreen.BSLEVEL \geq 50 mg/dl B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบสัญชาติไทย สถานะบุคคล TYPEAREA 1, TYPEAREA 3 และตัดคนตายสถานะ / สาเหตุการจำหน่าย DISCHARGE = 9 (ไม่จำหน่าย) แต่กรณีตายตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน				

เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< 20	≥ 20	≥ 30	≥ 40	≥ 50	
5 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60	
6 เดือน	< 60	≥ 60	≥ 70	≥ 80	≥ 90	
9 เดือน	< 60	≥ 60	≥ 70	≥ 80	≥ 90	
10 เดือน	< 75	≥ 75	≥ 80	≥ 85	≥ 90	
12 เดือน	< 75	≥ 75	≥ 80	≥ 85	≥ 90	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< 20	≥ 20	≥ 30	≥ 40	≥ 50	
5 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60	
6 เดือน	< 60	≥ 60	≥ 70	≥ 80	≥ 90	
9 เดือน	< 60	≥ 60	≥ 70	≥ 80	≥ 90	
10 เดือน	< 75	≥ 75	≥ 80	≥ 85	≥ 90	
12 เดือน	< 75	≥ 75	≥ 80	≥ 85	≥ 90	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ.....50.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ.....60.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6, 9, 10 และ 12 เดือน ที่ ร้อยละ.....90.....ที่.....5.....คะแนน					
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ.....50.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ.....60.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6, 9, 10 และ 12 เดือน ที่ ร้อยละ.....90.....ที่.....5.....คะแนน					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1) น.ส.พพร ไทยตรง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 06 4932 3079 E-mail : popporn.thaitrong@gmail.com 2) น.ส.พลอย ไขคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 08 7488 7060 E-mail : ploykhai1998@gmail.com กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง					

แผนงานที่	Plan 4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการ	P6. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
ตัวชี้วัด	MOU_27 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยความดันโลหิตสูง				
คำนิยาม	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือ ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด TYPEAREA = 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), TYPEAREA = 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ)				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพ. / สสอ. / รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง / รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัด อปท. ทุกแห่ง / ศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง				
สูตรคำนวณ	= (A/B) x 100				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2564	2565	2566
	ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	85.05	71.81	61.48
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน ติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส				
การประเมิน	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC กระทรวงสาธารณสุข โดยคิดจาก 43 แฟ้ม : แฟ้มประชากร PERSON สัญชาติไทย (คำนวณ ณ วันที่ 1 ม.ค. ของปีงบประมาณนั้น ลงวัน เดือน ปี เกิด แล้วมีอายุ 35 ปีขึ้นไป) A : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ สถานะบุคคล TYPEAREA 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง), TYPEAREA 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการคัดกรองโดยการวัดระดับความดันโลหิต จากแฟ้ม NCDSCREEN.SBP_1 > 50 mmHg , NCDSCREEN.DBP_1 > 50 mmHg B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบสัญชาติไทย สถานะบุคคล TYPEAREA 1, TYPEAREA 3 และตัดคนตายสถานะ / สาเหตุการจำหน่าย DISCHARGE = 9 (ไม่จำหน่าย) แต่กรณีตายตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน				

เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
		≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< 20	≥ 20	≥ 30	≥ 40	≥ 50	
5 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60	
6 เดือน	< 60	≥ 60	≥ 70	≥ 80	≥ 90	
9 เดือน	< 60	≥ 60	≥ 70	≥ 80	≥ 90	
10 เดือน	< 75	≥ 75	≥ 80	≥ 85	≥ 90	
12 เดือน	< 75	≥ 75	≥ 80	≥ 85	≥ 90	

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< 20	≥ 20	≥ 30	≥ 40	≥ 50	
5 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60	
6 เดือน	< 60	≥ 60	≥ 70	≥ 80	≥ 90	
9 เดือน	< 60	≥ 60	≥ 70	≥ 80	≥ 90	
10 เดือน	< 75	≥ 75	≥ 80	≥ 85	≥ 90	
12 เดือน	< 75	≥ 75	≥ 80	≥ 85	≥ 90	

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ.....50.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ.....60.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ.....90.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ.....90.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ.....90.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ.....90.....ที่.....5.....คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ.....50.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ.....60.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ.....90.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ.....90.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ.....90.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ.....90.....ที่.....5.....คะแนน
หมายเหตุ	เอกสารสนับสนุน : แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1) น.ส.พพร ไทยตรง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 06 4932 3079 E-mail : popporn.thaitrong@gmail.com 2) น.ส.พลอย ไขคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 08 7488 7060 E-mail : ploykhai1998@gmail.com กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

แผนงานที่	Plan 4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	P6. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัด	MOU_28 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
คำนิยาม	<p>1. กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการตรวจ 2 วิธี ดังนี้</p> <p>(1.) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>(2.) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมา กลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำ ตั้งแต่วันที่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมงมีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>(1.) ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1.) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตาม มาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ และลดขั้นตอน</p> <p>(2.) กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองแบบ RPG / RCBG วิธีที่ (2.) มีระดับน้ำตาล ≥ 110 มก./ดล. ต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำแบบ FPG / FCBG วิธีที่ (1.) ในวันถัดไป</p> <p>2. การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ ตั้งแต่วันที่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 180 วัน) ตาม <u>แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน</u></p> <p>หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน 1-180 วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 72
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ และอยู่จริง (Type area 1) ผู้มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (Type area 3) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย)
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพ. / สสอ. / รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง / รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัด อปท. ทุกแห่ง / ศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทาง

	ห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 1-180 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน					
สูตรคำนวณ	$= (A / B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	
	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	55.30	61.70	59.54	
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน ติดตามผลการดำเนินงานในไตรมาสที่ 2, 3, 4					
วิธีการประเมิน	<p>A : จำนวนประชากรสงสัยป่วยอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันได้รับวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 1-180 วัน) ตามแนวทาง เวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน โดยประมวลผลจากแฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม /พลาสมา)</p> <p>B : จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDSCREEN ประมวลผลจาก BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือดจากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร) , 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย หลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL \geq 126 mg/dl</p>					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	\geq ร้อยละ 35	\geq ร้อยละ 35	\geq ร้อยละ 55	\geq ร้อยละ 65	\geq ร้อยละ 72
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	-	-	-	-	-	
5 เดือน	< 20	\geq 20	\geq 25	\geq 30	\geq 35	
6 เดือน	< 20	\geq 20	\geq 25	\geq 30	\geq 35	
9 เดือน	< 40	\geq 40	\geq 45	\geq 50	\geq 55	
10 เดือน	< 50	\geq 50	\geq 55	\geq 60	\geq 65	
12 เดือน	< 55	\geq 55	\geq 60	\geq 65	\geq 72	
* * หมายเหตุ : ถ้าไม่มีการดำเนินงานให้ได้ “0” คะแนน						

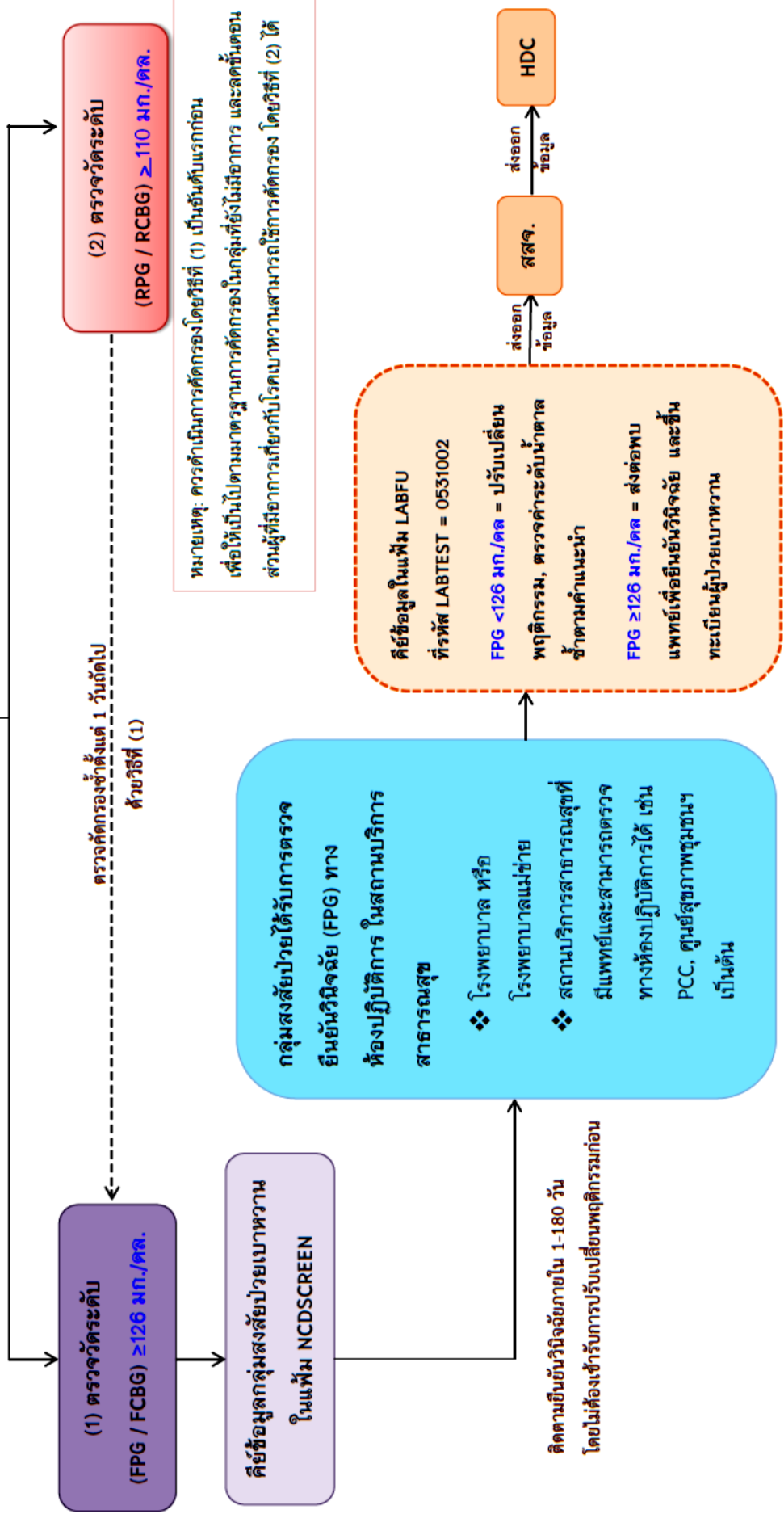
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	-
5 เดือน	< 20	≥ 20	≥ 25	≥ 30	≥ 35
6 เดือน	< 20	≥ 20	≥ 25	≥ 30	≥ 35
9 เดือน	< 40	≥ 40	≥ 45	≥ 50	≥ 55
10 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 55	≥ 60	≥ 65
12 เดือน	< 55	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 72

**** หมายเหตุ :** ถ้าไม่มีการดำเนินงานให้ได้ “0” คะแนน

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... 35.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... 35.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... 55.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... 65.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... 72.....ที่.....5.....คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... 35.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... 35.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... 55.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... 65.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... 72.....ที่.....5.....คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... 35.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... 35.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... 55.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... 65.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... 72.....ที่.....5.....คะแนน
หมายเหตุ	เอกสารสนับสนุน : แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2560
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1) น.ส.พพร ไทยตรง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 06 4932 3079 E-mail : popporn.thaitrong@gmail.com 2) น.ส.พลอย ไขคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 08 7488 7060 E-mail : ploykhai1998@gmail.com กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

แนวทางการดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

การคัดกรองจากสถานบริการ
สาธารณสุขใกล้บ้าน ด้วย 2 วิธี



แผนงานที่	Plan 4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	P6. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัด	MOU_29 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
คำนิยาม	<p>1. กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140 - 179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90 - 109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน</p> <p>2. การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานพยาบาลเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย \geq ร้อยละ 93 แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) \geq ร้อยละ 60 จากกลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (Office BP) ดังนั้น หากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ Office BP ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปัจจุบัน</p> <p>หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ และอยู่จริง (Type area 1) ผู้มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (Type area 3) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย)</p>
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพ. / สสอ. / รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง / รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัด อปท. ทุกแห่ง / ศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1.บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2. กรณีข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC</p>
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานพยาบาลเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป

	พ.ศ. 2562 หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานพยาบาลสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง				
สูตรคำนวณ	= (A/B) × 100				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	2564	2565	2566
			56.74	89.82	88.08
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน ติดตามผลการดำเนินงานในไตรมาสที่ 2, 3, 4				
วิธีการประเมิน	<p>ติดตามจากระบบรายงานใน HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>* A1 : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงจากแฟ้ม NCDSCREEN และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการทำให้ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) หมายถึง การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการตรวจติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน หลังจากการคัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วย ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย โดยเข้าบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงาน HBPM ที่ระบบรายงาน Health Data Center ของแต่ละเขตพื้นที่ แล้วเลือกเมนู นำเข้า/ส่งออกข้อมูล> ระบบบันทึกข้อมูลนอกเหนือจาก 43 แฟ้ม> บันทึกข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน> ลงชื่อเข้าใช้งานโปรแกรม</p> <p>* A2 : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานพยาบาลเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน หลังจากที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง โดยประมวลผลจากแฟ้ม SERVICE.SBP และ SERVICE.DBP ที่มีประวัติสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในแฟ้ม NCDSCREEN โดยการคิดผลงานในกรณีที่มีผลการติดตามทั้ง 2 วิธี จะประมวลผลโดยการตัดวิธีที่ซ้ำออก</p> <p>* B : กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDSCREEN ที่มีค่าระดับความดันโลหิตที่ตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140 - 179 mmHg และ/หรือ ค่าระดับความดันโลหิตที่ตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90 - 109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ โดยคิดจากค่าความดันโลหิตเข้าได้กับกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง</p> <p>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตเองที่บ้าน)</p> <p>1. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 กันยายน 2563 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 90 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่บ้านจะต้องไม่เกินวันที่ 30 พฤศจิกายน 2563 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2564</p> <p>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตเองที่สถานพยาบาลเดิม)</p> <p>1. ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลเดิม ภายใน</p>				

	90 วัน ^{ตั้งนั้น} วันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลเดิมจะต้องไม่เกินวันที่ 29 มกราคม 2564 จึงจะนับเป็นเป้าหมาย/ผลการดำเนินงานของไตรมาส2 ปีงบประมาณ 2564				
เกณฑ์การประเมิน	5 เดือน ≥ ร้อยละ 50	6 เดือน ≥ ร้อยละ 60	9 เดือน ≥ ร้อยละ 75	10 เดือน ≥ ร้อยละ 85	12 เดือน ≥ ร้อยละ 85
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	< 20	≥ 20	≥ 30	≥ 40	≥ 50
6 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60
9 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 75
10 เดือน	< 55	≥ 55	≥ 65	≥ 75	≥ 85
12 เดือน	< 60	≥ 60	≥ 70	≥ 80	≥ 85
* * หมายเหตุ : ถ้าไม่มีการดำเนินงานให้ได้ “0” คะแนน					
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	< 20	≥ 20	≥ 30	≥ 40	≥ 50
6 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60
9 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 75
10 เดือน	< 55	≥ 55	≥ 65	≥ 75	≥ 85
12 เดือน	< 60	≥ 60	≥ 70	≥ 80	≥ 85
* * หมายเหตุ : ถ้าไม่มีการดำเนินงานให้ได้ “0” คะแนน					
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... 50.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... 60.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... 75.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... 85.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... 85.....ที่.....5.....คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... 50.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... 60.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... 75.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... 85.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... 85.....ที่.....5.....คะแนน				
หมายเหตุ	เอกสารสนับสนุน : แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1) น.ส.พพร ไทยตรง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 06 4932 3079 E-mail : popporn.thaitrong@gmail.com 2) น.ส.พลอย ไขคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 08 7488 7060 E-mail : ploykhai1998@gmail.com กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง				

แนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

1. ในกรณีที่ความดันโลหิต Systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 140 และ/หรือ ความดันโลหิต Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 90 ควรได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 3 เดือน ส่วนกรณีที่ความดันโลหิต Systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 และ/หรือ ความดันโลหิต Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 100 ควรได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 1 เดือน
2. เครื่องวัดความดันโลหิตเป็นเครื่องเดิมทุกครั้ง
3. ผู้วัดความดันโลหิตต้องเป็นบุคคลเดิมทุกครั้ง
4. สิ่งแวดล้อมในการวัดความดันโลหิต
 - 4.1 วัดความดันโลหิตในที่เงียบสงบ
 - 4.2 นั่งวัดเก้าอี้ที่มีพนักพิงหลังและไม่นั่งไขว่ห้าง และนั่งพัก 1-2 นาทีก่อนวัดความดันโลหิต
 - 4.3 ระหว่างวัดความดันโลหิต ไม่พูดหรือออกเสียงใดๆ
 - 4.4 งดสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่คาเฟอีน ก่อนมาวัดความดันโลหิต ไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง
 - 4.5 แผ่นผ้าที่พันต้นแขน (Upper-arm cuff) ให้วางอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ
 - 4.6 ผู้ที่ใส่แขนเสื้อที่หนา ควรถอดเสื้อให้แผ่นผ้าพันต้นแขนติดกับผิวหนังต้นแขนโดยไม่มีแขนเสื้อ คั่นกลาง
3. การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน หลังตื่นนอนตอนเช้าให้วัดภายใน 1 ชั่วโมง (หลังจากอุจจาระ ปัสสาวะแล้ว ไม่วัดความดันโลหิตขณะกลั้นอุจจาระ ปัสสาวะ โดยวัดก่อนกินยา และกินอาหารเช้า) ส่วนการวัดความดันโลหิตก่อนนอนเวลากลางคืน ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับการวัดความดันโลหิตหลังตื่นนอนตอนเช้า

แบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้าน

วันที่	ช่วงเช้า หลังตื่นนอนไม่เกิน 1 ชั่วโมง						ช่วงก่อนนอน ครึ่งชั่วโมงก่อนเข้านอน					
	ครั้งที่ 1			ครั้งที่ 2			ครั้งที่ 1			ครั้งที่ 2		
	ค่าบน	ค่าล่าง	ชีพจร	ค่าบน	ค่าล่าง	ชีพจร	ค่าบน	ค่าล่าง	ชีพจร	ค่าบน	ค่าล่าง	ชีพจร
ตัวอย่าง 30 มี.ค. 66	132	84	76	128	82	74	130	76	70	126	74	76
ความดันโลหิต เฉลี่ย 7 วัน = mmHg												

แผนงานที่	Plan 4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	P6. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ตัวชี้วัด	MOU_30 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (Digital surveillance, D506)
คำนิยาม	<p>1. สถานพยาบาล : หมายถึง</p> <p>1.1 โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดระยอง ทุกแห่ง</p> <p>2. ระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (Digital surveillance, D506) : หมายถึง แพลตฟอร์มเพื่อการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคและภัยสุขภาพในรูปแบบดิจิทัล ที่พัฒนา และประกาศให้ใช้ ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยการพัฒนากระบวนการด้านระบาดวิทยาเพื่อยกระดับระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพการดำเนินงานเฝ้าระวัง ตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ สอบสวน และประสานการป้องกันควบคุม การแพร่ระบาดของโรคและภัยสุขภาพมิให้ขยายไปในวงกว้าง จนเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข</p> <p>3. ข้อมูลรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา : หมายถึง ข้อมูลชุดเดียวกับรายงาน R506 โดยทำการเชื่อมต่อระหว่างข้อมูลของสถานพยาบาล (HDC) ไปยังแพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (Digital surveillance, D506) ของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยวิธี API (Application Programming Interface) และข้อมูลต้องมีความครบถ้วน ความถูกต้อง ความครอบคลุมและความทันเวลาของการรายงาน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100 ของ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดระยอง ดำเนินงานผ่านทั้ง 5 ขั้นตอน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา/ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาล ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. ผลการประเมินจากเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาของแต่ละโรงพยาบาลประเมินตนเองโดยใช้แบบฟอร์มการประเมินที่กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง กำหนด</p> <p>2. ผลการประเมินจาก กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง หมายเหตุ : แบบประเมินมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค</p>
แหล่งข้อมูล	<p>1. ระบบ HDC ของสถานพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง/กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (Digital surveillance, D506) https://d506portal.ddc.moph.go.th/</p> <p>3. รายงาน R506 ของศูนย์ระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง (ข้อมูลความครบถ้วน ความทันเวลา)</p> <p>4. แหล่งข้อมูลอื่น : ทะเบียนรายงานการรับ ส่ง ข้อมูล หลักฐานการส่งรายงาน (จากทะเบียน /อีเมล)</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน โรงพยาบาล ที่มีการดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอน และผ่านความสำเร็จขั้นที่ 5
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน โรงพยาบาล ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B)*100$

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
				2564	2565	2566
	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (Digital surveillance, D506)5		ร้อยละ/ขั้นตอน	ตัวชี้วัดใหม่	ตัวชี้วัดใหม่	ตัวชี้วัดใหม่
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน ติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส					
วิธีการประเมิน	ผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามขั้นตอน ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 และ 2 ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 3 ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ขั้นตอนที่ 1,2	ขั้นตอนที่ 1,2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ผ่านขั้นตอนที่ 1 และ 2 ได้ 5 คะแนน ไม่ผ่าน ได้ 0 คะแนน						
ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ผ่านตามขั้นตอนที่ 1 2 และ 3 ได้ 5 คะแนน ผ่านขั้นตอนที่ 1 และ 2 ได้ไม่ผ่าน ได้ 0 คะแนน						
ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ผ่านตามขั้นตอนที่ 4 ได้ 5 คะแนน ไม่ผ่าน ได้ 0 คะแนน						
ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ผ่านตามขั้นตอนที่ 5 ได้ 5 คะแนน ไม่ผ่าน ได้ 0 คะแนน						
ขั้นตอน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน				ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	
5 เดือน				ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	
6 เดือน			ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	
9 เดือน		ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	
10 เดือน		ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	
12 เดือน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	< ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-79.99	ร้อยละ 80-89.99	ร้อยละ 90-99.99	ร้อยละ 100	
5 เดือน	< ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-79.99	ร้อยละ 80-89.99	ร้อยละ 90-99.99	ร้อยละ 100	
6 เดือน	< ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-79.99	ร้อยละ 80-89.99	ร้อยละ 90-99.99	ร้อยละ 100	
9 เดือน	< ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-79.99	ร้อยละ 80-89.99	ร้อยละ 90-99.99	ร้อยละ 100	
10 เดือน	< ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-79.99	ร้อยละ 80-89.99	ร้อยละ 90-99.99	ร้อยละ 100	
12 เดือน	< ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-79.99	ร้อยละ 80-89.99	ร้อยละ 90-99.99	ร้อยละ 100	

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ขั้นตอน 1,2 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ขั้นตอน 1,2 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ขั้นตอน 3 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ขั้นตอน 4 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ขั้นตอน 4 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ขั้นตอน 5 ที่ 5 คะแนน			
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ขั้นที่ 1, 2 ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ขั้นที่ 1, 2 ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ขั้นที่ 3 ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ขั้นที่ 4 ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ขั้นที่ 4 ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ขั้นที่ 5 ร้อยละ 100 ที่ 5 คะแนน			
หมายเหตุ	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
	1.	มีแผนพัฒนาระบบรายงานเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา D506	5	- แผนงาน/โครงการ ปีงบประมาณ 2567
	2.	สถานพยาบาลมีการเชื่อมต่อบริบท API และสามารถรายงานข้อมูลได้	5	- ระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (Digital surveillance, D506) https://d506portal.ddc.moph.go.th/
	3.	มีการประชุมทบทวนปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาระบบรายงานเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา D506 ภายในอำเภอ	5	- รายงานการประชุม/รายงานผลการจัดกิจกรรม
	4.	ร้อยละ 90 ของข้อมูลรายงานมีความครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา	5	- ระบบรายงานผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (R 506) - ทะเบียนการรับ ส่ง ข้อมูล
	5.	มีการจัดทำสถานการณ์โรคที่สำคัญเสนอต่อผู้บริหารประจำเดือน	5	- เอกสาร/รายงานการจัดทำสถานการณ์โรคที่สำคัญ - วิเคราะห์สถานการณ์โรคเดือนละ 1 ฉบับ
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นายพิเชษ ทองสำฤทธิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางสาวปนัดดา แฉ่งฉวี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 038 -620976 มือถือ 090 997 3268 E-mail. wiepid@gmail.com			

แผนงานที่	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ								
โครงการ	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ								
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_31 สถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต								
คำนิยาม	<p>สถานที่ผลิต หมายถึง สถานที่ที่ผลิต ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ อย. ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย ในจังหวัดระยอง</p> <p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับอนุญาต หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ อย. ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย ที่ได้รับอนุญาตจาก อย. หรือ สสจ.</p> <p>ผู้ประกอบการ หมายถึง ผู้ประกอบการรายย่อยที่ยังไม่ได้รับอนุญาตจาก อย. หรือ สสจ. ในพื้นที่จังหวัดระยอง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วิสาหกิจชุมชน ผู้ประกอบการรายย่อยภายในชุมชนที่จดทะเบียน วิสาหกิจชุมชน หรือเครือข่ายวิสาหกิจชุมชน ตาม พรบ.วิสาหกิจชุมชน พ.ศ. 2548 2. วิสาหกิจรายย่อย และวิสาหกิจขนาดย่อม ตามกฎกระทรวงลักษณะวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ. 2562 3. สถานที่ผลิตที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน ตามพรบ.โรงงาน พ.ศ. 2562 <p>ได้รับการส่งเสริม หมายถึง ได้รับคำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบหลักเกณฑ์ ข้อบังคับ มาตรฐานต่าง ๆ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ จนสามารถได้รับอนุญาตใหม่</p> <p>รายละเอียดของสถานที่ผลิต ข้อมูลของสถานที่ผลิตได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชื่อ ที่อยู่ สถานที่ผลิต และชื่อพร้อมเบอร์โทรศัพท์ของผู้ดำเนินกิจการ 2. ประเภทของผลิตภัณฑ์ และกระบวนการผลิต 3. รายการอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องจักร ที่ใช้ในกระบวนการผลิต 4. รายชื่อ เบอร์โทร ผู้ประสานงานของหน่วยงาน หรือ องค์กรที่สนับสนุน <p>แผนพัฒนาผู้ประกอบการ หมายถึง แผนการดำเนินงานของหน่วยงานที่รับการประเมินหรือทำในรูปแบบพหุภาคีของแต่ละพื้นที่ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ประกอบการสามารถได้รับอนุญาตสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย :									
ผลการดำเนินงาน	เมือง	มาบตาพุด	บ้านฉาง	ปลวกแดง	นิคมพัฒนา	แกลง	บ้านค่าย	เขาชะเมา	วังจันทร์
สถานที่ผลิต ที่ได้รับอนุญาตใหม่ในปีงบประมาณ 2567	2	1	1	2	1	2	1	1	1
ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับอนุญาตใหม่ในปีงบประมาณ 2567	2	1	1	2	1	2	1	1	1

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับอนุญาตตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ผู้บริโภคได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย รวมถึง สามารถช่วยในการกระตุ้นเศรษฐกิจสร้างรายได้ และเพิ่มโอกาสทางธุรกิจให้แก่ผู้ประกอบการรายย่อย					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ประกอบการในพื้นที่จังหวัดระยอง					
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง					
วิธีจัดเก็บข้อมูล	ผลพิจารณาอนุญาตสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับอนุญาตใหม่ในปี 2567 จากอย.หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง					
แหล่งข้อมูล	1.สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	
	ผู้ประกอบการที่ได้รับการส่งเสริม	แห่ง	-	-	-	
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผล 3 ครั้ง รอบ 5 เดือน รอบ 10 เดือน และ รอบ 12 เดือน					
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
	ผลการดำเนินงาน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	รอบ 5 เดือน	การดำเนินงานได้ระดับที่ 1	-	การดำเนินงานได้ระดับที่ 2	-	การดำเนินงานได้ระดับที่ 3
	รอบ 10 เดือน	การดำเนินงานได้ระดับที่ 2	-	การดำเนินงานได้ระดับที่ 3	-	การดำเนินงานได้ระดับที่ 4
	รอบ 12 เดือน	-	การดำเนินงานได้ระดับที่ 3	การดำเนินงานได้ระดับที่ 4	-	การดำเนินงานได้ระดับที่ 5
	ระดับ	การดำเนินงาน				
	ระดับที่ 1	มีการส่งรายชื่อของผู้ประกอบการและรายละเอียดของสถานที่ผลิตที่จะส่งเสริมให้กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ และมีการจัดทำแผนการพัฒนาผู้ประกอบการ				
	ระดับที่ 2	มีการดำเนินการในระดับที่ 1 และให้คำปรึกษา สนับสนุน ลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบสถานที่เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ประกอบการที่ต้องการส่งเสริม				
	ระดับที่ 3	มีการดำเนินการในระดับที่ 1 - 2 และผู้ประกอบการมีการปรับปรุงพัฒนาสถานที่ผลิตจากระดับที่ 2 พร้อมเข้าสู่ระบบการขออนุญาต				
	ระดับที่ 4	มีการดำเนินการในระดับที่ 1 - 3 และผู้ประกอบการยื่นคำขออนุญาตสถานที่ผลิต				
	ระดับที่ 5	มีการดำเนินงานในระดับที่ 1-4 และ สถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของผู้ประกอบการได้รับอนุญาตตามเกณฑ์เป้าหมาย				

เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	แบ่งการประเมินเป็น 3 ครั้ง รอบ 5 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด	ทุกอำเภอสามารถส่งเสริมให้ผู้ประกอบการรายใหม่ได้รับอนุญาตสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์ สุขภาพ
ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นายเจนจบ ครุฑเครือ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทร. 082-4762064 E-mail : rayongfda@gmail.com

แผนงานที่	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการ	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ				
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_32 ร้อยละของร้านขายส่งเป้าหมายจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด				
คำนิยาม	<p>1. ผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมาย หมายถึง</p> <p>1.1 ผลิตภัณฑ์ อาหาร เครื่องสำอาง ที่นำเข้ามาในราชอาณาจักร มีการแสดงฉลากถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด</p> <p>1.2 ผลิตภัณฑ์ยาที่จำหน่ายในร้านถูกต้องตามกฎหมาย (จำหน่ายได้เฉพาะยาสามัญประจำบ้าน)</p> <p>2. ร้านขายส่งเป้าหมาย หมายถึง ร้านค้าขนาดใหญ่ที่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นที่รู้จักของคนในพื้นที่</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้านขายส่งเป้าหมาย ร้อยละ 100				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ร้านขายส่งในเขตที่รับผิดชอบ อำเภอเมืองระยอง และอำเภอปลวกแดง อำเภอละ 2 แห่ง อำเภออื่น อำเภอละ 1 แห่ง				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากเอกสารหลักฐานการดำเนินงาน ได้แก่ บันทึกการตรวจประเมินร้านขายส่ง				
แหล่งข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง</p> <p>3. โรงพยาบาลทุกแห่ง</p>				
รายการข้อมูล 1	รอบ 5 เดือน A = จำนวนร้านขายส่งที่ได้รับการสำรวจ รอบ 10 และ 12 เดือน A = จำนวนร้านขายส่งที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายถูกต้องตามกฎหมาย				
รายการข้อมูล 2	รอบ 5 , 10 และ 12 เดือน B = จำนวนร้านขายส่งเป้าหมาย				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละ = (A/B) x 100				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
	ร้านขายส่งที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมาย	ร้อยละ	2564	2565	2566
			-	-	-
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผล 3 ครั้ง รอบ 5 เดือน รอบ 10 เดือน และ รอบ 12 เดือน				
วิธีการประเมิน	<p>1. วัดผลจากการส่งเอกสารหลักฐาน</p> <p>2. รอบ 5 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับจากผลงานที่ส่งในรอบ 5 เดือน จากเป้าหมายทั้งหมด</p> <p>3. รอบ 10 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับผลงานทั้งหมดตั้งแต่ต้นปี ถึงเดือนที่ 10</p> <p>4. รอบ 12 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับผลงานทั้งหมดตั้งแต่ต้นปี ถึงเดือนที่ 12</p>				

เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	ร้อยละ 100	-	-	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
ผลการดำเนินงาน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
รอบ 5 เดือน	≤ 70.00	70.01 – 80.00	80.01 – 90.00	90.01 – 99.99	100.00	
รอบ 10 เดือน	≤ 70.00	70.01 – 80.00	80.01 – 90.00	90.01 – 99.99	100.00	
รอบ 12 เดือน	≤ 70.00	70.01 – 80.00	80.01 – 90.00	90.01 – 99.99	100.00	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
ผลการดำเนินงาน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
รอบ 5 เดือน	≤ 70.00	70.01 – 80.00	80.01 – 90.00	90.01 – 99.99	100.00	
รอบ 10 เดือน	≤ 70.00	70.01 – 80.00	80.01 – 90.00	90.01 – 99.99	100.00	
รอบ 12 เดือน	≤ 70.00	70.01 – 80.00	80.01 – 90.00	90.01 – 99.99	100.00	
เกณฑ์การประเมิน	แบ่งการประเมินเป็น 3 ครั้ง					
ประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	รอบ 5 เดือน	มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน				
	รอบ 10 เดือน	มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน				
	รอบ 12 เดือน	มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ร้านขายส่งเป้าหมายจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 100					
หมายเหตุ						
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ภญ. ประกายรุ่ง ทองเงิน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทร. 038-613430 ต่อ 4101 มือถือ 082-4762064 E-mail : rayongfda@gmail.com					

แผนงานที่	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ					
โครงการ	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ					
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_33 ร้อยละของคลินิกเอกชนที่มีบริการเสริมความงามได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด					
คำนิยาม	คลินิกเอกชนที่มีบริการเสริมความงาม หมายถึง สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่มีบริการเสริมความงาม					
เกณฑ์เป้าหมาย	คลินิกเอกชนที่มีบริการเสริมความงาม ร้อยละ 100					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คลินิกเอกชนที่มีบริการเสริมความงาม					
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากเอกสารหลักฐานการดำเนินงาน ได้แก่ บันทึกการตรวจประเมินสถานที่					
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง 3. โรงพยาบาลทุกแห่ง					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนคลินิกเอกชนที่มีบริการเสริมความงามที่ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนคลินิกเอกชนที่มีบริการเสริมความงามเป้าหมายที่กำหนด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละ = $(A/B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	
	คลินิกเอกชนที่มีบริการเสริมความงามที่ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	ร้อยละ	-	-	-	
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผล 2 ครั้ง รอบ 5 เดือน และ รอบ 10 เดือน					
วิธีการประเมิน	1. วัดผลจากการส่งเอกสารหลักฐาน 2. รอบ 5 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับจากผลงานที่ส่งในรอบ 5 เดือน จากเป้าหมายทั้งหมด 3. รอบ 11 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับผลงานทั้งหมดตั้งแต่ต้นปี ถึงเดือนที่ 11					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	ร้อยละ 50	-	-	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
ผลการดำเนินงาน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
รอบ 5 เดือน	≤ 35.00	35.01 – 40.00	40.01 – 45.00	45.01 – 50.00	> 50.00	
รอบ 10 เดือน	≤ 80.00	80.01 – 85.00	85.01 – 90.00	90.01 – 99.99	100	

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
ผลการดำเนินงาน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบ 5 เดือน	≤ 35.00	35.01 – 40.00	40.01 – 45.00	45.01 – 50.00	> 50.00
รอบ 10 เดือน	≤ 80.00	80.01 – 85.00	85.01 – 90.00	90.01 – 99.99	100
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	แบ่งการประเมินเป็น 2 ครั้ง รอบ 5 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	คลินิกเอกชนที่มีบริการเสริมความงามได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 100				
หมายเหตุ	- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะแจ้งรายชื่อคลินิกเอกชนที่มีบริการเสริมความงามเป้าหมาย				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1. ภญ. พิมลวรรณ ศิริจีระชัย 2. นางสาวพิมพ์ธิดา วิสูง 3. ภก. นพดล กาวีระ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข มือถือ 082-4762064 E-mail : rayongfda@gmail.com				

แผนงานที่	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ					
โครงการ	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ					
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_34 ร้อยละของสถานประกอบการผลิตภัณฑ์/บริการสุขภาพเป้าหมาย ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด					
คำนิยาม	สถานประกอบการผลิตภัณฑ์/บริการสุขภาพเป้าหมาย หมายถึง 1.สถานที่ผลิตเครื่องสำอางตามเป้าหมาย 2.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามเป้าหมาย 3.สถานที่ผลิตอาหาร (น้ำ/น้ำแข็ง/เกลือ) ตามเป้าหมาย					
เกณฑ์เป้าหมาย	สถานประกอบการผลิตภัณฑ์/บริการสุขภาพตามเป้าหมาย ร้อยละ 90					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานประกอบการผลิตภัณฑ์/บริการสุขภาพตามเป้าหมายที่กำหนด					
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากเอกสารหลักฐานการดำเนินงาน ได้แก่ บันทึกการตรวจประเมินสถานที่					
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง 3. โรงพยาบาลทุกแห่ง					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานประกอบการผลิตภัณฑ์/บริการสุขภาพตามเป้าหมายที่ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานประกอบการผลิตภัณฑ์/บริการสุขภาพตามเป้าหมาย					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละ = $(A/B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	
	สถานประกอบการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมาย	ร้อยละ	92.25	89.25	91.75	
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผล 3 ครั้ง รอบ 5 เดือน รอบ 10 เดือน และ รอบ 12 เดือน					
วิธีการประเมิน	1.วัดผลจากการส่งเอกสารหลักฐาน 2.รอบ 5 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับจากผลงานที่ส่งในรอบ 5 เดือน จากเป้าหมายทั้งหมด 3.รอบ 10 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับผลงานทั้งหมดตั้งแต่ต้นปี ถึงเดือนที่ 10 4.รอบ 12 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับผลงานทั้งหมดตั้งแต่ต้นปี ถึงเดือนที่ 12					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	ร้อยละ 50	-		ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
ผลการดำเนินงาน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบ 5 เดือน	≤ 35.00	35.01 – 40.00	40.01 – 45.00	45.01 – 50.00	> 50.00
รอบ 10 เดือน	≤ 70.00	70.01 – 80.00	80.01 – 90.00	90.01 – 99.99	100.00
รอบ 12 เดือน	≤ 70.00	70.01 – 80.00	80.01 – 90.00	90.01 – 99.99	100.00
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
ผลการดำเนินงาน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบ 5 เดือน	≤ 35.00	35.01 – 40.00	40.01 – 45.00	45.01 – 50.00	> 50.00
รอบ 10 เดือน	≤ 70.00	70.01 – 80.00	80.01 – 90.00	90.01 – 99.99	100.00
รอบ 12 เดือน	≤ 70.00	70.01 – 80.00	80.01 – 90.00	90.01 – 99.99	100.00
เกณฑ์การประเมิน	แบ่งการประเมินเป็น 3 ครั้ง				
ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	รอบ 5 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	สถานประกอบการผลิตภัณฑ์/บริการสุขภาพเป้าหมายได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90				
หมายเหตุ	- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะแจ้งรายชื่อสถานประกอบการผลิตภัณฑ์/บริการสุขภาพเป้าหมาย				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1. ภญ. เยาวนาถ ลาภานันต์ 2. นางสาวพิมพ์ธีรา วิสูง 3. ภญ. อัมภางค์ สำเร็จ 4. ภญ. ประกายรุ่ง ทองเงิน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทร. 038-613430 ต่อ 4101 มือถือ 082-4762064 E-mail : rayongfda@gmail.com				

แผนงานที่	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ					
โครงการ	โครงการพัฒนามาตรการจัดการสถานที่ผลิตและจำหน่ายลูกชิ้นในจังหวัดระยอง					
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_35 ร้อยละของผลิตภัณฑ์ลูกชิ้น ณ สถานที่จำหน่าย แสดงฉลากถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด					
คำนิยาม	ผลิตภัณฑ์ลูกชิ้น หมายถึง ลูกชิ้นที่บรรจุอยู่ในภาชนะพร้อมจำหน่าย สถานที่จำหน่าย หมายถึง ตลาดประเภท1 หรือตลาดสดน้ำซึ้อ หรือ ตลาดที่ชุมชนเข้าถึงง่าย และมีการจำหน่ายลูกชิ้น					
เกณฑ์เป้าหมาย	ฉลากลูกชิ้น ณ สถานที่จำหน่าย แสดงได้ถูกต้องตามกฎหมาย ร้อยละ 100					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ลูกชิ้นในภาชนะบรรจุพร้อมจำหน่าย					
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากเอกสารหลักฐานการดำเนินงาน ได้แก่ บันทึกการตรวจฉลาก พร้อมภาพถ่าย และสรุปผลการตรวจ					
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง 3. โรงพยาบาลทุกแห่ง					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนฉลากลูกชิ้นที่แสดงได้ถูกต้องตามกฎหมายกำหนด					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนฉลากลูกชิ้นทั้งหมด ณ สถานที่จำหน่าย					
สูตรคำนวณ	ร้อยละ = (A/B) x 100					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	
	ฉลากลูกชิ้น ณ สถานที่จำหน่ายที่แสดงฉลากถูกต้องตามกฎหมายกำหนด	ร้อยละ	0	0	7.32	
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผล 3 ครั้ง รอบ 5 เดือน และ รอบ 10 เดือน					
วิธีการประเมิน	1.วัดผลจากการส่งเอกสารหลักฐาน 2.รอบ 5 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับจากผลงานที่ส่งในรอบ 5 เดือน จากเป้าหมายทั้งหมด 3.รอบ 10 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับผลงานทั้งหมดตั้งแต่ต้นปี ถึงเดือนที่ 10 4.รอบ 12 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับผลงานทั้งหมดตั้งแต่ต้นปี ถึงเดือนที่ 12					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	ร้อยละ 50	-	-	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
ผลการดำเนินงาน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
รอบ 5 เดือน	<20	20-29	30-39	40-49	≥50	
รอบ 10 เดือน	≤ 70.00	71.00-80.00	81.00-90.00	91.00 – 99.99	100	
รอบ 12 เดือน	≤ 70.00	71.00-80.00	81.00-90.00	91.00 – 99.99	100	

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
ผลการดำเนินงาน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบ 5 เดือน	<20	20-29	30-39	40-50	>50
รอบ 10 เดือน	≤ 70.00	71.00-80.00	81.00-90.00	91.00 – 99.99	100
รอบ 12 เดือน	≤ 70.00	71.00-80.00	81.00-90.00	91.00 – 99.99	100
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	แบ่งการประเมินเป็น 3 ครั้ง รอบ 5 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน คะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	สถานที่จำหน่ายลูกชิ้นเป้าหมายผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100				
หมายเหตุ	- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะแจ้งรายชื่อสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมาย				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1. ภญ. เขาวนาถ ลาภานันต์ 2. ภญ. ประกายรุ่ง ทองเงิน 3. ภก. กิตติตพงศ์ ขาวงาม กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข มือถือ 082-4762064 E-mail : rayongfda@gmail.com				

แผนงานที่	Plan 4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	โครงการยกระดับการท่องเที่ยวเพื่อความปลอดภัยด้านสุขภาพด้วยมาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในยุควิถีใหม่
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_36 ร้อยละของสถานประกอบการโรงแรมและรีสอร์ทผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงแรมที่เป็นมิตรกับสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพ
คำนิยาม	<p>1. สถานประกอบการโรงแรมและรีสอร์ทผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงแรมที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการส่งเสริม สุขภาพในสถานประกอบการโรงแรมและรีสอร์ทตามมาตรฐานโรงแรมที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (GREEN Health Hotel) และได้รับการตรวจประเมินรับรองให้เป็นไปตามมาตรฐานจากคณะกรรมการตรวจประเมินในพื้นที่ โดยมีการคงสภาพและมีต่ออายุการรับรองมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. สถานประกอบการโรงแรมและรีสอร์ท หมายถึง สถานที่พักที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ โรงแรม พ.ศ. 2547 โดยมีวัตถุประสงค์ในทางธุรกิจเพื่อให้บริการที่พักชั่วคราวสำหรับคนเดินทางหรือบุคคลอื่นใดโดยมีค่าตอบแทน โดยกำหนดเฉพาะโรงแรมและรีสอร์ทที่เปิดให้บริการและมีการ ดำเนินการตามกฎหมายกำหนด (มีการขออนุญาตถูกต้อง) แบ่งเป็นประเภทดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงแรมประเภท 1 หมายความว่า โรงแรมที่ให้บริการเฉพาะห้องพัก - โรงแรมประเภท 2 หมายความว่า โรงแรมที่ให้บริการห้องพักและห้องอาหาร หรือ สถานที่สำหรับบริการอาหารหรือสถานที่สำหรับประกอบอาหาร - โรงแรมประเภท 3 หมายความว่า โรงแรมที่ให้บริการห้องพัก ห้องอาหารหรือสถานที่ สำหรับบริการอาหารหรือสถานที่สำหรับประกอบอาหาร และสถานบริการตามกฎหมายว่าด้วย สถานบริการหรือห้องประชุมสัมมนา - โรงแรมประเภท 4 หมายความว่า โรงแรมที่ให้บริการห้องพัก ห้องอาหารหรือสถานที่สำหรับบริการอาหารหรือสถานที่สำหรับประกอบอาหาร สถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการและห้องประชุมสัมมนา <p>3. คณะกรรมการตรวจประเมิน หมายถึง คณะกรรมการจากหน่วยงานในพื้นที่ โดยการขอความร่วมมือเพื่อร่วมตรวจประเมินโรงแรมหรือรีสอร์ท ณ สถานที่จริงหรือออนไลน์ โดยทำการประเมินในแบบประเมินออนไลน์ในระบบสำหรับเจ้าหน้าที่บนเว็บไซต์ https://ghh.anamai.moph.go.th/ สำหรับคณะกรรมการตรวจประเมินประกอบด้วย 5 หน่วยงาน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัยร่วมดำเนินการและขอความร่วมมือเครือข่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ศูนย์อนามัยที่รับผิดชอบ - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - สำนักงานท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัด - หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง <p>การประเมินแต่ละครั้งต้องประกอบด้วยกรรมการจาก 3 ใน 5 หน่วยงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - เกณฑ์การประเมิน ผลการประเมินต้องผ่านทุกข้อ (ผลการประเมินในแต่ละข้อ ขึ้นอยู่กับดุลย พินิจของคณะกรรมการตรวจประเมิน) โดยคณะกรรมการตรวจประเมินรับรองเป็นประกาศนียบัตรออนไลน์ มีอายุการรับรอง 2 ปี

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อยกระดับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยว (โรงแรม รีสอร์ท ที่พัก) ให้เป็นไปตามหลักวิชาการและกฎหมาย 2. เพื่อสร้างความรอบรู้และส่งเสริมให้ภาคีเครือข่าย ประชาชน ร่วมจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม สร้างสุขอนามัยที่ดีและป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ในสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวให้มีความปลอดภัยทางสุขภาพ 																																																												
กลุ่มเป้าหมาย	<p>โรงแรมประเภท 2 – 4 ในพื้นที่จังหวัดระยอง</p> <table border="1" data-bbox="375 526 1428 1120"> <thead> <tr> <th>อำเภอ</th> <th>จำนวน โรงแรม ประเภท 2-4</th> <th>3 เดือน (ร้อยละ10)</th> <th>6 เดือน (ร้อยละ10)</th> <th>9 เดือน (ร้อยละ20)</th> <th>12 เดือน (ร้อยละ 25)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เมือง</td> <td>72</td> <td>-</td> <td>7</td> <td>14</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>ปลวกแดง</td> <td>8</td> <td>-</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>บ้านค่าย</td> <td colspan="5">ไม่มีโรงแรม ประเภท 2- 4</td> </tr> <tr> <td>แกลง</td> <td>20</td> <td>-</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>บ้านฉาง</td> <td>12</td> <td>-</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>นิคมพัฒนา</td> <td>2</td> <td>-</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>วังจันทร์</td> <td>3</td> <td>-</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>เขาชะเมา</td> <td colspan="5">ไม่มีโรงแรม ประเภท 2- 4</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>117</td> <td>-</td> <td>13</td> <td>24</td> <td>30</td> </tr> </tbody> </table>	อำเภอ	จำนวน โรงแรม ประเภท 2-4	3 เดือน (ร้อยละ10)	6 เดือน (ร้อยละ10)	9 เดือน (ร้อยละ20)	12 เดือน (ร้อยละ 25)	เมือง	72	-	7	14	18	ปลวกแดง	8	-	1	2	2	บ้านค่าย	ไม่มีโรงแรม ประเภท 2- 4					แกลง	20	-	2	4	5	บ้านฉาง	12	-	1	2	3	นิคมพัฒนา	2	-	1	1	1	วังจันทร์	3	-	1	1	1	เขาชะเมา	ไม่มีโรงแรม ประเภท 2- 4					รวม	117	-	13	24	30
อำเภอ	จำนวน โรงแรม ประเภท 2-4	3 เดือน (ร้อยละ10)	6 เดือน (ร้อยละ10)	9 เดือน (ร้อยละ20)	12 เดือน (ร้อยละ 25)																																																								
เมือง	72	-	7	14	18																																																								
ปลวกแดง	8	-	1	2	2																																																								
บ้านค่าย	ไม่มีโรงแรม ประเภท 2- 4																																																												
แกลง	20	-	2	4	5																																																								
บ้านฉาง	12	-	1	2	3																																																								
นิคมพัฒนา	2	-	1	1	1																																																								
วังจันทร์	3	-	1	1	1																																																								
เขาชะเมา	ไม่มีโรงแรม ประเภท 2- 4																																																												
รวม	117	-	13	24	30																																																								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง/ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมประชุมชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินงานแก่สมาคมโรงแรมจังหวัดระยอง/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ อปท.ในพื้นที่จังหวัดระยอง 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ อปท.ในพื้นที่จังหวัดระยอง ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน และค้นหาโรงแรมที่สนใจเข้าร่วมโครงการและสมัครเข้าร่วมโครงการในระบบออนไลน์ 3. โรงแรมประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์ 4. สสจ. สสอ. อปท. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมลงพื้นที่ประเมินรับรองตามโครงการและลงข้อมูลในระบบออนไลน์ 5. สสจ. ส่งผลการประเมินไปยังกรมอนามัยเพื่อขอเกียรติบัตรรับรอง 																																																												
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลโรงแรมประเภท 2 – 4 จากสำนักงานปกครองจังหวัดระยอง																																																												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงแรมที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน																																																												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงแรมประเภท 2 – 4 ทั้งหมดในจังหวัดระยอง																																																												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของสถานประกอบการโรงแรมและรีสอร์ทผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงแรมที่เป็นมิตรกับสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม เพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพ = $(A/B) \times 100$																																																												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	ผลงาน ปี 64	ผลงาน ปี 65	ผลงาน ปี 66	
	จังหวัดพัฒนาและยกระดับสถาน บริการที่พักอาศัยชั่วคราวให้ได้ตาม มาตรฐานโรงแรมที่เป็นมิตรต่อ สุขภาพและสิ่งแวดล้อม	14 โรงแรม	49 โรงแรม	69 โรงแรม (ณ 30 กย.66)	
ระยะเวลา ประเมินผล	ประเมินผล รอบ 100 วัน 6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน (10 มกราคม 67, กุมภาพันธ์ 67, มีนาคม 67, ตุลาคม 67)				
<p>วิธีการประเมินผล : ปี 2567:</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง/ศูนย์อนามัยที่ 6 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมประชุมชี้แจงถึง วัตถุประสงค์ และแนวทางการดำเนินงานแก่สมาคมโรงแรมจังหวัดระยอง</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 โรงแรมที่เข้าร่วมโครงการมีการสมัครเข้าในระบบออนไลน์</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 โรงแรมที่เข้าร่วมโครงการมีการสมัครเข้าในระบบออนไลน์มีการประเมินตนเอง</p> <p>ขั้นตอนที่ 4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมตรวจประเมินและปรับปรุงส่วนขาด</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 โรงแรมผ่านการประเมิน GHG และระบบรับรองการประเมินพร้อมทั้งพิมพ์ใบประกาศฯ</p>					
เกณฑ์การให้คะแนนพื้นที่ดำเนินการ					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
100 วัน	ขั้นตอนที่ 1-3 - โรงแรมสมัครและ ประเมินตนเองผ่าน ระบบออนไลน์ 2 แห่ง	ขั้นตอนที่ 1-3 - โรงแรมสมัครและ ประเมินตนเองผ่าน ระบบออนไลน์ 4 แห่ง	ขั้นตอนที่ 1-3 - โรงแรมสมัครและ ประเมินตนเองผ่าน ระบบออนไลน์ 6 แห่ง	ขั้นตอนที่ 1-3 - โรงแรมสมัครและ ประเมินตนเองผ่าน ระบบออนไลน์ 8 แห่ง	ขั้นตอนที่ 1-3 - โรงแรมสมัครและ ประเมินตนเองผ่าน ระบบออนไลน์ 10 แห่ง
6 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่านการ ประเมิน โดย คกก. 2 แห่ง	ขั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่านการ ประเมิน โดย คกก. 4 แห่ง	ขั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่านการ ประเมิน โดย คกก. 6 แห่ง	ขั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่านการ ประเมิน โดย คกก. 8 แห่ง	ขั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่านการ ประเมิน โดย คกก. 10 แห่ง
9 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่านการ ประเมิน โดย คกก. 12 แห่ง	ขั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่านการ ประเมิน โดย คกก. 14 แห่ง	ขั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่านการ ประเมิน โดย คกก. 16 แห่ง	ขั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่านการ ประเมิน โดย คกก. 18 แห่ง	ขั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่านการ ประเมิน โดย คกก. 20 แห่ง
10-12 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่านการ ประเมิน โดย คกก. 22 แห่ง	ขั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่านการ ประเมิน โดย คกก. 24 แห่ง	ขั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่านการ ประเมิน โดย คกก. 26 แห่ง	ขั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่านการ ประเมิน โดย คกก. 28 แห่ง	ขั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่านการ ประเมิน โดย คกก. 30 แห่ง

เกณฑ์การให้คะแนนจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
100 วัน	ชั้นตอนที่ 1-3 - โรงแรมสมัครและ ประเมินตนเองผ่าน ระบบออนไลน์ 2 แห่ง	ชั้นตอนที่ 1-3 - โรงแรมสมัครและ ประเมินตนเองผ่าน ระบบออนไลน์ 4 แห่ง	ชั้นตอนที่ 1-3 - โรงแรมสมัครและ ประเมินตนเองผ่าน ระบบออนไลน์ 6 แห่ง	ชั้นตอนที่ 1-3 - โรงแรมสมัครและ ประเมินตนเองผ่าน ระบบออนไลน์ 8 แห่ง	ชั้นตอนที่ 1-3 - โรงแรมสมัครและ ประเมินตนเองผ่าน ระบบออนไลน์ 10 แห่ง
6 เดือน	ชั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่าน การประเมิน โดย คกก.2 แห่ง	ชั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่าน การประเมิน โดย คกก.4 แห่ง	ชั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่าน การประเมิน โดย คกก. 6 แห่ง	ชั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่าน การประเมิน โดย คกก.8 แห่ง	ชั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่าน การประเมิน โดย คกก. 10 แห่ง
9 เดือน	ชั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่าน การประเมิน โดย คกก.12 แห่ง	ชั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่าน การประเมิน โดย คกก.14 แห่ง	ชั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่าน การประเมิน โดย คกก.16 แห่ง	ชั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่าน การประเมิน โดย คกก.18 แห่ง	ชั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่าน การประเมิน โดย คกก. 20 แห่ง
10-12 เดือน	ชั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่าน การประเมิน โดย คกก.22 แห่ง	ชั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่าน การประเมิน โดย คกก.24 แห่ง	ชั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่าน การประเมิน โดย คกก.26 แห่ง	ชั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่าน การประเมิน โดย คกก.28 แห่ง	ชั้นตอนที่ 1-5 - โรงแรมผ่าน การประเมิน โดย คกก. 30 แห่ง
เอกสาร สนับสนุน :	1. มาตรฐานโรงแรมที่เป็นมิตรกับสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (GREEN Health Hotel) 2. แผ่นประชาสัมพันธ์มาตรฐานโรงแรมที่เป็นมิตรกับสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (GREEN Health Hotel) 3. แผ่นประชาสัมพันธ์รางวัล GREEN Health Hotel Quality Awards 2024 4. ระบบประเมินและรับรองมาตรฐานโรงแรมที่เป็นมิตรกับสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (GREEN Health Hotel) บนเว็บไซต์ https://ghh.anamai.moph.go.th/				
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. นางสาวปรียานิษฐ์ ใหม่เจริญศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4261 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 4762 E-mail : preyanit.m@anamai.mail.go.th 2. นางสาวชไมพร เป็นสุข ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4349 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 0 2590 4762 E-mail : chamaiporn.p@anamai.mail.go.th สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบการ รายงาน ระดับจังหวัด	นายธรรมณูญ อัจริยะเมต ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3896 7415 โทรศัพท์มือถือ : 09 5770 7755 E-mail : peemor_l@hotmail.com สถานที่ทำงาน สำนักสาธารณสุขจังหวัดระยอง อำเภอเมือง จังหวัดระยอง				

แผนงานที่	Plan 4. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ																																																																		
โครงการที่	โครงการพัฒนาและยกระดับระบบการจัดการสุขาภิบาลอาหารเพื่อส่งเสริมสนับสนุนการท่องเที่ยวไทย																																																																		
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_37 ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด																																																																		
คำนิยาม	<p>สถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใด ๆ ที่มีใช้ที่หรือทางสาธารณะ และมีใช้การขายของในตลาด 2. ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จ 3. มีการจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่าย โดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือ นำไปบริโภคที่อื่น <p>โดยเกณฑ์มาตรฐานที่ดำเนินการได้ ดังนี้</p> <p>มาตรฐาน Clean Food Good Taste หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ระดับพื้นฐาน ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ระดับพื้นฐาน จำนวน 5 หมวด (สุขลักษณะ 4 หมวด และชีวภาพ 1 หมวด)</p> <p>เป้าหมายการดำเนินงาน</p> <p>1.สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ (CFGT) ร้อยละ 40 (เกณฑ์ 74 ข้อ)</p>																																																																		
วัตถุประสงค์	เพื่อให้จังหวัดระยองมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารที่มีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพรวมถึงมีสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้มาตรฐาน สะอาด ปลอดภัยให้บริการในพื้นที่จังหวัดระยอง																																																																		
กลุ่มเป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>อำเภอ</th> <th>ร้านอาหาร</th> <th>3 เดือน (ร้อยละ10)</th> <th>6 เดือน (ร้อยละ20)</th> <th>9 เดือน (ร้อยละ30)</th> <th>12 เดือน (ร้อยละ40)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เมือง</td> <td>221</td> <td>22</td> <td>44</td> <td>66</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>มาบตาพุด</td> <td>141</td> <td>14</td> <td>28</td> <td>42</td> <td>56</td> </tr> <tr> <td>ปลวกแดง</td> <td>82</td> <td>8</td> <td>16</td> <td>25</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>บ้านค่าย</td> <td>76</td> <td>8</td> <td>16</td> <td>23</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>แกลง</td> <td>66</td> <td>7</td> <td>14</td> <td>20</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>บ้านฉาง</td> <td>63</td> <td>6</td> <td>12</td> <td>19</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>นิคมพัฒนา</td> <td>50</td> <td>5</td> <td>10</td> <td>15</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>วังจันทร์</td> <td>9</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>เขาชะเมา</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>710</td> <td>72</td> <td>149</td> <td>223</td> <td>284</td> </tr> </tbody> </table>	อำเภอ	ร้านอาหาร	3 เดือน (ร้อยละ10)	6 เดือน (ร้อยละ20)	9 เดือน (ร้อยละ30)	12 เดือน (ร้อยละ40)	เมือง	221	22	44	66	88	มาบตาพุด	141	14	28	42	56	ปลวกแดง	82	8	16	25	32	บ้านค่าย	76	8	16	23	31	แกลง	66	7	14	20	26	บ้านฉาง	63	6	12	19	26	นิคมพัฒนา	50	5	10	15	20	วังจันทร์	9	1	2	3	4	เขาชะเมา	2	1	1	1	1	รวม	710	72	149	223	284
อำเภอ	ร้านอาหาร	3 เดือน (ร้อยละ10)	6 เดือน (ร้อยละ20)	9 เดือน (ร้อยละ30)	12 เดือน (ร้อยละ40)																																																														
เมือง	221	22	44	66	88																																																														
มาบตาพุด	141	14	28	42	56																																																														
ปลวกแดง	82	8	16	25	32																																																														
บ้านค่าย	76	8	16	23	31																																																														
แกลง	66	7	14	20	26																																																														
บ้านฉาง	63	6	12	19	26																																																														
นิคมพัฒนา	50	5	10	15	20																																																														
วังจันทร์	9	1	2	3	4																																																														
เขาชะเมา	2	1	1	1	1																																																														
รวม	710	72	149	223	284																																																														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดโดยประเมินตามแบบประเมินของกรมอนามัย และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแบบฟอร์มที่กำหนด เป็นรายไตรมาส																																																																		

	2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์และติดตาม การดำเนินการ เพื่อใช้ในการพัฒนาต่อไป 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองจัดส่งข้อมูลไปยังกรมอนามัย 4. กรมอนามัย จัดส่งรายงานผลการดำเนินงานฯ กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ร่วมพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$= (A * 100) / B$
ระยะเวลา ประเมินผล	ประเมินผล รอบ 100 วัน 6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน (10 มกราคม 67, กุมภาพันธ์ 67, มีนาคม 67, ตุลาคม 67)

วิธีการประเมินผล : ปี 2567:

ขั้นตอนที่ 1 สสจ.ระยอง ดำเนินการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชี้แจงการดำเนินงานตามเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 2 มีการจัดตั้งทีมดำเนินงานระดับอำเภอ (สสอ./รพ./รพ.สต./อปท. ในพื้นที่) และมีแผนการดำเนินงาน
ขับเคลื่อนสถานที่จำหน่ายอาหาร/ข้อมูลสถานที่จำหน่ายอาหาร ส่ง สสจ.ภายใน 30 ธค. 66

ขั้นตอนที่ 3 อปท./รพ./สสอ./รพ.สต. ประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร่วมกับหน่วยงานที่
เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ สนับสนุนการขับเคลื่อนการอบรมผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร พ.ศ. 2561
และรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด สสจ.ระยอง

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร/ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกอบการเข้ารับการอบรมผู้สัมผัสอาหาร/สนับสนุน
ส่งเสริมการจัดอบรมผู้สัมผัสอาหารของ อปท.ในทุกพื้นที่

ขั้นตอนที่ 5 เจ้าหน้าที่รพ./สสอ./รพ.สต. ร่วมลงพื้นที่ดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร/ประเมินสถานที่จำหน่ายอาหารลง
ในระบบ FOODHANDER

เกณฑ์การให้คะแนนพื้นที่ดำเนินการ

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
100 วัน	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-4
5 เดือน	-	-	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-5
6 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่าน CFGT ร้อยละ 1	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่าน CFGT ร้อยละ 5	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่าน CFGT ร้อยละ 10	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่าน CFGT ร้อยละ 15	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่าน CFGT ร้อยละ 20
9 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่าน CFGT ร้อยละ 22	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่าน CFGT ร้อยละ 24	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่าน CFGT ร้อยละ 26	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่าน CFGT ร้อยละ 28	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่าน CFGT ร้อยละ 30
10-12 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่าน CFGT ร้อยละ 32	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่าน CFGT ร้อยละ 34	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่าน CFGT ร้อยละ 36	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่าน CFGT ร้อยละ 38	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่าน CFGT ร้อยละ 40

เกณฑ์การให้คะแนนจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
100 วัน	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-4
5 เดือน	-	-	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-5
6 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่านCFGT ร้อยละ 1	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่านCFGT ร้อยละ 5	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่านCFGT ร้อยละ 10	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่านCFGT ร้อยละ 15	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่านCFGT ร้อยละ 20
9 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่านCFGT ร้อยละ 22	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่านCFGT ร้อยละ 24	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่านCFGT ร้อยละ 26	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่านCFGT ร้อยละ 28	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่านCFGT ร้อยละ 30
10-12 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่านCFGT ร้อยละ 32	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่านCFGT ร้อยละ 34	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่านCFGT ร้อยละ 36	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่านCFGT ร้อยละ 38	ขั้นตอนที่ 1-5 - สถานที่จำหน่าย อาหาร ผ่านCFGT ร้อยละ 40
ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ผ่านขั้นตอนที่ 1-4 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ผ่านขั้นตอนที่ 1-5 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ผ่านขั้นตอนที่ 1-5 ผ่าน CFGT ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ผ่านขั้นตอนที่ 1-5 ผ่าน CFGT ร้อยละ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 10-12 เดือน ผ่านขั้นตอนที่ 1-5 ผ่าน CFGT ร้อยละ 40 ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวม ดังนี้ รอบ 3 เดือน ผ่านขั้นตอนที่ 1-4 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ผ่านขั้นตอนที่ 1-5 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ผ่านขั้นตอนที่ 1-5 ผ่าน CFGT ร้อยละ 20 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ผ่านขั้นตอนที่ 1-5 ผ่าน CFGT ร้อยละ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 10-12 เดือน ผ่านขั้นตอนที่ 1-5 ผ่าน CFGT ร้อยละ 40 ที่ 5 คะแนน				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม คู่มือวิชาการสุขาภิบาลอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่ กฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง คู่มือ การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 คู่มือ อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) คู่มือการดำเนินการของหน่วยงานจัดอบรมตามประกาศอบรมผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร คู่มือ หลักสูตรการสุขาภิบาลอาหาร สำหรับผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร 				

รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	สถานที่จำหน่าย อาหารผ่านเกณฑ์ มาตรฐานกำหนด	ร้อยละ	-	-	48.41 จาก30% (5 กย.66)
<p>หมายเหตุ: จังหวัดระยองเป็นจังหวัดในพื้นที่นำร่อง เขตสุขภาพที่ 6 ต้องดำเนินการ STREET FOOD GOOD HEALTH ผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯระดับดีขึ้นอย่างน้อย 1 แห่งในรอบ 100 วัน</p>					
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</p> <p>1. นางสาวอารยา วงศ์ป้อม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4861 โทรศัพท์มือถือ : 080 397 4445 โทรสาร : 0 2590 4186 E-mail : Araya.w@anamai.mail.go.th</p> <p>สถานที่ทำงาน สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย</p> <p>2. นายเอกชัย ชัยเดช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4178 โทรศัพท์มือถือ : 081 569 9044 โทรสาร : 0 2590 4188 E-mail : ekkachai.c@anamai.mail.go.th</p> <p>สถานที่ทำงาน สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย</p>				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>นางลลนา ทองแท้ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4180 โทรศัพท์มือถือ : 08 9413 4968 โทรสาร : 0 2590 4188 E-mail : lalana.t@anamai.mail.go.th</p> <p>สถานที่ทำงาน สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย</p>				
ผู้รับผิดชอบกา รายงาน ระดับจังหวัด	<p>นายธรรมนุญ อัจริยะเมต ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3896 7415 โทรศัพท์มือถือ : 09 5770 7755 E-mail : peemor_l@hotmail.com</p> <p>สถานที่ทำงาน สำนักสาธารณสุขจังหวัดระยอง อำเภอเมือง จังหวัดระยอง</p>				

แผนงานที่	การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
โครงการ	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
ตัวชี้วัด	MOU_38 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.เอกชนที่สนใจ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้	
	ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1-13 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน 80% ขึ้นไป)	
	ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน 90% ขึ้นไป)	
	หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร
	หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะ และเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
		3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
		4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
	หมวด R: Restroom การพัฒนาสวนตาม มาตรฐานสวนสาธารณะ ไทย (HAS) และ การจัดการสิ่งปฏิกูล	5. มีการพัฒนาสวนตามมาตรฐานสวนสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)
		6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
หมวด E: Energy การจัดการตานพลังงาน และทรัพยากร	7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	
หมวด E: Environment จัดการสิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล	8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ	
	9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical	

		activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
คำนิยาม (ต่อ)	หมวด N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาล อาหารการจัดการน้ำ อุปโภคบริโภค และการ ดำเนินงานอาหาร ปลอดภัยในโรงพยาบาล	10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุลักษณะของสถานที่ จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทาง สุขาภิบาลอาหาร
		11. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามกฎกระทรวงสุลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาล
		12. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
		13. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงอาหารปลอดภัย ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาล อาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)
	ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน 90% ขึ้นไป)	
	หมวด Innovation: การพัฒนานวัตกรรม และงานวิจัยด้าน GREEN	14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำ ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่าย โรงพยาบาลและชุมชน
		15. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้ เกิด GREEN Community
	ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกจำนวน 1 ด้าน	
1. การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) 2. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) 3. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ 4. การจัดการของเสียทางการแพทย์		
เกณฑ์เป้าหมาย	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป	
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช.) จังหวัดระยอง และโรงพยาบาล เอกชนที่สนใจเข้าร่วม	
หน่วยบริการที่ รับการประเมิน	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช.) จังหวัดระยอง	
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมข้อมูลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และส่ง รายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง	

	<p>3. ศูนย์อนามัย ประเมินโรงพยาบาลและรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขตและรายงานผลผ่านระบบ DOH Dashboard กรมอนามัย (http://dashboard.anamai.moph.go.th) และ Cluster อนามัยสิ่งแวดล้อม (http://envhealthcluster.anamai.moph.go.th/main.php?filename=reportform64) เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน</p> <p>*** สำหรับงบประมาณ 2567 สามารถจัดเก็บข้อมูลผลการประเมินผ่านโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital (https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin)</p> <p>หมายเหตุ : ทีมประเมินระดับจังหวัดลงตรวจประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge</p>																			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดระยอง																			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป																			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดระยอง																			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="379 987 1431 1263"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. รพ. สังกัดกระทรวงฯ 9 แห่ง</td> <td>แห่ง</td> <td>ดี 1 แห่ง ดีมาก 8 แห่ง ดีมากพลัส 4 แห่ง</td> <td>ดี 1 แห่ง ดีมากพลัส 8 แห่ง Challenge 1 แห่ง</td> <td>- ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 100 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 33.33</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2564	2565	2566	1. รพ. สังกัดกระทรวงฯ 9 แห่ง	แห่ง	ดี 1 แห่ง ดีมาก 8 แห่ง ดีมากพลัส 4 แห่ง	ดี 1 แห่ง ดีมากพลัส 8 แห่ง Challenge 1 แห่ง	- ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 100 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 33.33		
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																		
		2564	2565	2566																
1. รพ. สังกัดกระทรวงฯ 9 แห่ง	แห่ง	ดี 1 แห่ง ดีมาก 8 แห่ง ดีมากพลัส 4 แห่ง	ดี 1 แห่ง ดีมากพลัส 8 แห่ง Challenge 1 แห่ง	- ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 100 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 33.33																
ระยะเวลาประเมินผล	<p>- รายงานผลการดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง (ทุกวันที่ 25 ของเดือน)</p> <p>- รายงานผลการดำเนินงานตาม Small Success รายไตรมาส รอบ 3,5,6,9,10 และ 12 เดือน</p>																			
วิธีการประเมิน	<p>1. โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล</p> <p>2. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge</p> <p>3. สุ่มประเมินโดยศูนย์อนามัยที่ 6 หรือกรมอนามัย</p>																			
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1" data-bbox="379 1646 1431 1921"> <thead> <tr> <th></th> <th>3 เดือน</th> <th>5 เดือน</th> <th>6 เดือน</th> <th>9 เดือน</th> <th>10 เดือน</th> <th>12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รพ. มีแผนการขับเคลื่อนการพัฒนาสู่ GCHC</td> <td>- ผ่านระดับมาตรฐาน ร้อยละ 100</td> <td>- ผ่านระดับมาตรฐาน ร้อยละ 100</td> <td>- ผ่านระดับมาตรฐาน ร้อยละ 100 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 40</td> <td>- ผ่านระดับมาตรฐาน ร้อยละ 100 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 45</td> <td>- ผ่านระดับมาตรฐาน ร้อยละ 100 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 50</td> <td>- ผ่านระดับมาตรฐาน ร้อยละ 100 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 55</td> </tr> </tbody> </table>							3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	รพ. มีแผนการขับเคลื่อนการพัฒนาสู่ GCHC	- ผ่านระดับมาตรฐาน ร้อยละ 100	- ผ่านระดับมาตรฐาน ร้อยละ 100	- ผ่านระดับมาตรฐาน ร้อยละ 100 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 40	- ผ่านระดับมาตรฐาน ร้อยละ 100 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 45	- ผ่านระดับมาตรฐาน ร้อยละ 100 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 50	- ผ่านระดับมาตรฐาน ร้อยละ 100 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 55
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน														
รพ. มีแผนการขับเคลื่อนการพัฒนาสู่ GCHC	- ผ่านระดับมาตรฐาน ร้อยละ 100	- ผ่านระดับมาตรฐาน ร้อยละ 100	- ผ่านระดับมาตรฐาน ร้อยละ 100 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 40	- ผ่านระดับมาตรฐาน ร้อยละ 100 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 45	- ผ่านระดับมาตรฐาน ร้อยละ 100 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 50	- ผ่านระดับมาตรฐาน ร้อยละ 100 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 55														

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	รพ. มีแผนประเมินตนเอง
5 เดือน	ประเมินตนเอง	รพ. มีแผนและประเมินคะแนน > ร้อยละ 50	รพ. มีแผนและประเมินคะแนน > ร้อยละ 60	รพ. มีแผนและประเมินคะแนน > ร้อยละ 70	รพ. มีแผนและประเมินคะแนน > ร้อยละ 80
6 เดือน					
9 เดือน	ประเมินตนเอง	ประเมินคะแนน > ร้อยละ 70	ประเมินคะแนน > ร้อยละ 80	ประเมินคะแนน > ร้อยละ 90 ผ่านระดับดีเยี่ยมขึ้นไป	ประเมินคะแนน > ร้อยละ 90 ผ่านระดับดีเยี่ยมขึ้นไป (challenge อย่างน้อย 1 ประเด็น)
10 เดือน					
12 เดือน					
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน					รพ. มีแผนประเมินตนเอง
5 เดือน	ประเมินตนเอง	> ร้อยละ 50	> ร้อยละ 60	> ร้อยละ 70	> ร้อยละ 80
6 เดือน					
9 เดือน	ประเมินตนเอง	ประเมินคะแนน > ร้อยละ 70	ประเมินคะแนน > ร้อยละ 80	ประเมินคะแนน > ร้อยละ 90	ประเมินคะแนน > ร้อยละ 90 (challenge อย่างน้อย 1 ประเด็น)
10 เดือน					
12 เดือน					
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ขั้นตอน 1 ที่ 5 คะแนน รอบ 5, 6 เดือน ที่ ขั้นตอน 1-15 ร้อยละ 80 ที่ 5 คะแนน รอบ 9, 10, 12 เดือน ที่ ขั้นตอน 1-15 (ผ่าน challenge อย่างน้อย 1 ประเด็น) ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ขั้นตอน 1 ที่ 5 คะแนน รอบ 5, 6 เดือน ที่ ขั้นตอน 1-15 ร้อยละ 80 ที่ 5 คะแนน รอบ 9, 10, 12 เดือน ที่ ขั้นตอน 1-15 ร้อยละ 90 (ผ่านประเด็น Challenge) ที่ 5 คะแนน				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1. นางสาวจิตร์ สุขศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : 083 8164040 E-mail : Saph_ra@hotmail.com 2. นางอารี วรรณตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ : 081 5195498 E-mail : aree.khu@gmail.com 3. นายธรรมบุญ อัจริยะเมต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ : 095 7707755 E-mail : peemor_l@hotmail.com 4. นางพิมพ์วิไล สีหาบุตร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ : 063 2622915 E-mail : phimwilai.p@hotmail.com				



ประเด็นยุทธศาสตร์ : 3
ระบบบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่	การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ตัวชี้วัด	MOU_39 ระดับความสำเร็จการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562</p> <p>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <p>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p> <p>บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่ (2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติภารกิจฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน (3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต (4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก (5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ (6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้ (7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

	<p>ทั้งนี้ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงาน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ ตามคู่มือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (Cross Audit) 2. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ คัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ประเด็น เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม 3. มีการเชื่อมโยงข้อมูล แพทย์คู่ประชาชน 4. มีการบันทึกข้อมูลบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งผลให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลต่อไป 																	
เกณฑ์เป้าหมาย	(โรงพยาบาลละ 1 – 2 ทีม)																	
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช. ทุกแห่ง																	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ																	
แหล่งข้อมูล	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ รพศ./รพท./รพช. เปิดดำเนินการใหม่ ปี 2567																	
สูตรคำนวณ	นับจำนวน A																	
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
	-	-	2562	2563	2564	2565	2566											
	-	-	10 แห่ง	4 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	7 แห่ง											
ระยะเวลา ประเมินผล	12 เดือน																	
วิธีการประเมินผล	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ข้อ</th> <th>การดำเนินงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>มีแผนการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามแผนจัดตั้ง 10 ปี</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>มีแผนการบริหารจัดการเพื่อให้มีแพทย์เวชศาสตร์ตามแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>มีการติดตามเยี่ยมเป้าหมายกลุ่มเปราะบางโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและ สหวิชาชีพ (รายงานผลการดำเนินงาน)</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>รพศ./รพท./รพช. มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.ละ 1-2 ทีม</td> </tr> </tbody> </table>						ข้อ	การดำเนินงาน	1.	มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	2.	มีแผนการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามแผนจัดตั้ง 10 ปี	3.	มีแผนการบริหารจัดการเพื่อให้มีแพทย์เวชศาสตร์ตามแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	4.	มีการติดตามเยี่ยมเป้าหมายกลุ่มเปราะบางโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและ สหวิชาชีพ (รายงานผลการดำเนินงาน)	5.	รพศ./รพท./รพช. มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.ละ 1-2 ทีม
ข้อ	การดำเนินงาน																	
1.	มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ																	
2.	มีแผนการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามแผนจัดตั้ง 10 ปี																	
3.	มีแผนการบริหารจัดการเพื่อให้มีแพทย์เวชศาสตร์ตามแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ																	
4.	มีการติดตามเยี่ยมเป้าหมายกลุ่มเปราะบางโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและ สหวิชาชีพ (รายงานผลการดำเนินงาน)																	
5.	รพศ./รพท./รพช. มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.ละ 1-2 ทีม																	
เกณฑ์การให้ คะแนนภาพรวม ของแต่ละ หน่วยงาน :	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน												
	รอบ 12 เดือน	ข้อ1	ข้อ1-2	ข้อ1-3	ข้อ1-4	ข้อ1-5												

เกณฑ์การให้ คะแนนภาพรวม จังหวัด :	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ รพศ./รพท./รพช. เปิดดำเนินการ ใหม่ ปี 2567 <table border="1" data-bbox="395 338 1479 483"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4 คะแนน</td> <td>5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>รอบ 12 เดือน</td> <td>1-3 แห่ง</td> <td>4-6 แห่ง</td> <td>7-9 แห่ง</td> <td>10-12 แห่ง</td> <td>13-15 แห่ง</td> </tr> </table>	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	รอบ 12 เดือน	1-3 แห่ง	4-6 แห่ง	7-9 แห่ง	10-12 แห่ง	13-15 แห่ง
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน								
รอบ 12 เดือน	1-3 แห่ง	4-6 แห่ง	7-9 แห่ง	10-12 แห่ง	13-15 แห่ง								
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	รอบ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ที่ ข้อ 1 - 5 ที่ 5 คะแนน												
การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด	รอบ 12 เดือน :: จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ รพศ./รพท./ รพช. เปิดดำเนินการใหม่ ปี 2567 ผ่านเกณฑ์จำนวน 13 แห่งขึ้นไป ที่ 5 คะแนน												
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวธนิดา เครือสีดา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ 038-613430 ต่อ 4202 มือถือ 082-4718902 E-mail: qarayong09@gmail.com												

แผนงานที่	การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ				
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ				
ตัวชี้วัด	MOU_40 ระดับความสำเร็จการจัดตั้ง Health Station				
คำนิยาม สถานีสุขภาพใน ชุมชน	<p>อำเภอสุขภาพดี หมายถึง สถานที่ให้บริการประเมิน หรือคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น เช่น ชั่ง น้ำหนักวัดความดันโลหิต รอบเอว เป็นต้น และมีกิจกรรมให้ความรู้ คำแนะนำ โดยรูปแบบ ให้บริการเป็นการจัดตั้งสถานีสุขภาพ หรือเป็นสถานีสุขภาพสัญจรเชิงรุก ที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาล นคร เทศบาลเมืองหรือเทศบาลตำบล</p> <p>Health station : มีระบบบริการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 ตำบล 1 สุขศาลา : ที่บ้าน อสม. หรือ มี ศสมช. และ สถานที่ที่มีผู้ให้บริการแนะนำ สุขภาพ ประชาชนสะดวกต่อการเข้าถึง เช่น ร้านค้าชุมชน สภากาแฟ หน่วยงานรัฐ/ เอกชน โรงเรียน มหาวิทยาลัย • มีทะเบียนคัดกรองภาวะสุขภาพระดับบุคคล มีการให้คำแนะนำสุขภาพการส่งต่อไป รพ.สต. หรือ รพ. หมายเลขโทรศัพท์ผู้ให้คำปรึกษา สุขภาพ QR Code หรือแผ่นพับความรู้ 				
เกณฑ์เป้าหมาย :	100 วันแรก		ปีงบประมาณ 2567		
	1 อำเภอ		1 แห่ง		
ประชากรกลุ่ม เป้าหมาย	ชุมชน				
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	สสอ.วังจันทร์/ รพ.วังจันทร์				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- ทะเบียนการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะสุขภาพในระบบ Health Station				
แหล่งข้อมูล	การนิเทศติดตาม				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2565	2566	2567
	1 อำเภอ		-	--	100
ระยะเวลา ประเมินผล	12 เดือน				

วิธีการประเมิน	การดำเนินงาน				
	ข้อ				
	1.	แต่งตั้งคณะกรรมการแบบมีส่วนร่วม ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบบูรณาการ			
	2.	ประชุมคณะกรรมการวางแผน จัดเตรียมอุปกรณ์ สถานที่			
	3.	จัดตั้งสถานีสุขภาพในชุมชน รณรงค์ ประชาสัมพันธ์			
	4.	ดำเนินกิจกรรมคัดกรอง ประเมินสุขภาพประชาชนในชุมชน			
5.	วิเคราะห์และสรุปผลการคัดกรอง กิจกรรมใน Health Station				
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 12 เดือน				
	อำเภอสุขภาพดี		1 อำเภอ		
	มี Health Station (สุขศาลา)		เปิดบริการ 1 แห่ง		
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบ 12 เดือน	ข้อ 1	ข้อ 1 - 2	ข้อ 1 - 3	ข้อ 1 - 4	ข้อ 1 - 5
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด : วัดจากหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์รอบ 12 เดือน 1 แห่ง					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบ 12 เดือน	-	-	-	-	1 แห่ง
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	1 แห่ง				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวธนิดา เครือสีดา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ 038-613430 ต่อ 4202 มือถือ 082-4718902 E-mail : qarayong09@gmail.com				

แผนงานที่	Plan 6. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการ	P10. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.
ตัวชี้วัด	MOU_41 ร้อยละของชุมชนที่มีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน
คำนิยาม	<p>ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยมีหลายหมู่บ้านรวมกัน ตามมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติ ลักษณะปกครองท้องที่ พุทธศักราช 2547</p> <p>ชุมชนเป้าหมาย หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพฯ ซึ่งกำหนดเป้าหมายการดำเนินในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567</p> <p>การจัดการสุขภาพ หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีตามประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ด้วยกระบวนการ TPAR ประกอบด้วย สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน (Team) . มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result) โดยใช้รูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ขับเคลื่อนผ่านทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชน</p> <p>ทีมเครือข่ายสุขภาพ หมายถึง ทีมภาคีเครือข่ายที่ร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย รพ.สต. อบต. โรงเรียน แกนนำสุขภาพ (อสม./ยุวอสม.) และเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ร้อยละ 80</p> <p>เกณฑ์การประเมินชุมชนที่มีการจัดการสุขภาพ : ตำบลที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามกระบวนการ TPAR โดยมีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ระดับพัฒนาขึ้นไปไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40 ในตำบล</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หมู่บ้านและโรงเรียนเป้าหมายในทุกตำบลของจังหวัดระยอง รวม 58 ตำบล
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประเมินชุมชนจัดการสุขภาพ จากระบบ Health Gate
แหล่งข้อมูล	ระบบการประเมินการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate (https://healthgate.gen-hed.com/report/village)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลเป้าหมาย 58 ตำบล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ 2. หลักสูตรการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพชุมชน 3. ฐานข้อมูลจากระบบการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate

วิธีการประเมิน	ประเมินโดยการใช้แบบประเมินชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate				
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	1. มีแผนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ 2. มีแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ 3. มีทีมพี่เลี้ยงแกนนำเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ	4. มีทีมเครือข่ายแกนนำสุขภาพพระดัตต่าบาล 5. มีการส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนเป้าหมายมีการดำเนินงานพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพในพื้นที่	ชุมชนจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 70	ชุมชนจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน :					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 3	ข้อ 1-2	ข้อ 1-3
6 เดือน	ข้อ 1	ข้อ 1-2	ข้อ 1-3	ข้อ 1-4	ข้อ 1-5
9 เดือน	ข้อ 1-3	ข้อ 1-4	ข้อ 1-5	< ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
12 เดือน	ข้อ 1-3	ข้อ 1-4	ข้อ 1-5	< ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด : นับจำนวนหน่วยงาน (รพ./สสอ.) ที่ดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ที่ระดับ 5 คะแนน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	1-3 แห่ง	4-6 แห่ง	7-9 แห่ง	10-14 แห่ง	15-17 แห่ง
6 เดือน	1-3 แห่ง	4-6 แห่ง	7-9 แห่ง	10-14 แห่ง	15-17 แห่ง
9 เดือน	1-3 แห่ง	4-6 แห่ง	7-9 แห่ง	10-14 แห่ง	15-17 แห่ง
12 เดือน	1-3 แห่ง	4-6 แห่ง	7-9 แห่ง	10-14 แห่ง	15-17 แห่ง
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	การแปลผลภาพรวม 1 – 4 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่าน 5 คะแนน หมายถึง ผ่าน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ที่คะแนนระดับ 5 โดยการแปลผลภาพรวม 1- 4 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่าน 5 คะแนน หมายถึง ผ่าน				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ดร.สุภาวดี โกมลกาญจนกุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 09 4641 4954 E-mail : tid2547@gmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :0 3861 3430 ต่อ 4101				

แผนงานที่	Plan 6. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ				
โครงการ	P10. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.				
ประเด็นนโยบาย	“ยกระดับศักยภาพ อสม.เชิงรุกยุคดิจิทัล” เพื่อให้คนไทยทุกช่วงวัยเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน				
ตัวชี้วัด	MOU_42 อสม.มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล				
คำนิยาม	อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน หมายถึง อสม. สามารถจัดบริการสาธารณสุขเบื้องต้นให้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัย (0-6 ปี) กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ และการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล หมายถึง แอปพลิเคชัน Smart อสม. เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานและรายงานผล				
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จของ อสม.มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ 65				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อสม.จังหวัดระยองที่ได้รับค่าป่วยการตามโควต้า 9,762 คน				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	สสอ.ทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการรายงานของ อสม. ผ่านแอปพลิเคชัน Smart อสม.				
แหล่งข้อมูล	Dashboard Smart อสม. และ www.thaiphc.net				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน อสม.กลุ่มเป้าหมายที่มีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน อสม. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	ร้อยละ = $A/B \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3,6,9,12 เดือน				
วิธีการประเมิน	1. การนิเทศงาน 2. ประเมินข้อมูลรายงานใน Dashboard Smart อสม.				
เกณฑ์การประเมิน	ระดับที่ 1 = มีการจัดประชุม อสม.เพื่อชี้แจงการดำเนินงาน ระดับที่ 2 = มีการใช้แอปพลิเคชัน Smart อสม. และรายงานผลการดำเนินงาน ระดับที่ 3 = อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ 25 (Smart อสม.) ระดับที่ 4 = อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ 26 - 45 (Smart อสม.) ระดับที่ 5 = อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ 46 - 65 (Smart อสม.)				
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน :					
วัดจากเกณฑ์การประเมิน แต่ละไตรมาส โดยผ่านเกณฑ์ที่ระดับ 5 คะแนน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 1-2
6 เดือน	-	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 1-2	ข้อ 1-3
9 เดือน	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 1-2	ข้อ 1-3	ข้อ 1-4
12 เดือน	ข้อ 1	ข้อ 1-2	ข้อ 1-3	ข้อ 1-4	ข้อ 1-5

แผนงานที่	Plan 7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)					
โครงการ	P11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
ตัวชี้วัด	MOU_43 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี					
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน / ผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8</p> <p>* หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจขาดเลือด I20-I25 2. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจล้มเหลว I50 3. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหลอดเลือดสมอง I60-I69 4. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 N18.4-N18.5 5. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G40-G41 					
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด (Type area 1 และ 3)					
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพ. / สสอ. / รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง / รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัด อปท. ทุกแห่ง / ศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด					
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	ร้อยละ = (A/B) x 100					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	36.69	36.07	36.54	
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน ติดตามผลการในไตรมาสที่ 2, 3, 4					
วิธีการประเมิน	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC ดังนี้ วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	≥ 20	≥ 20	≥ 30	≥ 35	≥ 40

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20
6 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20
9 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30
10 เดือน	< 20	≥ 20	≥ 25	≥ 30	≥ 35
12 เดือน	< 25	≥ 25	≥ 30	≥ 35	≥ 40

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20
6 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20
9 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30
10 เดือน	< 20	≥ 20	≥ 25	≥ 30	≥ 35
12 เดือน	< 25	≥ 25	≥ 30	≥ 35	≥ 40

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... 20.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... 20.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... 30.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... 35.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... 40.....ที่.....5.....คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ไม่นำผลงานมาประเมิน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... 20.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... 20.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... 30.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... 35.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... 40.....ที่.....5.....คะแนน
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1) น.ส.พพร ไทยตรง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 06 4932 3079 E-mail : popporn.thaitrong@gmail.com 2) น.ส.พลอย ไขคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 08 7488 7060 E-mail : ploekhai1998@gmail.com กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

แผนงานที่	Plan 7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	P11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ตัวชี้วัด	MOU_44 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี				
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส I10 - I15 และได้รับการขึ้นทะเบียน / ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง มีค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140 และ < 90 mmHg จากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุขในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสัญชาติไทยที่ได้รับการขึ้นทะเบียน และอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1 และ 3)				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพ. / สสอ. / รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง / รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัด อปท. ทุกแห่ง / ศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 ในเขตรับผิดชอบ ที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบ				
สูตรคำนวณ	ร้อยละ = (A/B) x 100				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2564	2565	2566
	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	45.65	44.47	45.33
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน ติดตามผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน				
วิธีการประเมิน	<p>ติดตามจากระบบรายงานใน HDC กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ</p> <p>A : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10 – I15 ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN (“1” , “3”) โดย Type area 1 หมายถึง มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง Type area 3 หมายถึง มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ และ PERSON.DISCHARGE = 9 (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = 099 (สัญชาติไทย) และมีค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU (CHRONICFU.SBP BETWEEN 50 mmHg and 139 mmHg) , (CHRONICFU.DBP BETWEEN 50 mmHg and 89 mmHg)</p> <p>B : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10 – I15 (สัญชาติไทย) ที่</p>				

	อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1” , “3”) โดย Type area 1 หมายถึง มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง Type area 3 หมายถึง มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ และ PERSON.DISCHARGE = 9 (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = 099 (สัญชาติไทย)					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	≥ 20	≥ 20	≥ 40	≥ 50	≥ 60
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
5 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20	
6 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20	
9 เดือน	< 10	≥ 15	≥ 20	≥ 30	≥ 40	
10 เดือน	< 20	≥ 20	≥ 30	≥ 40	≥ 50	
12 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
5 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20	
6 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20	
9 เดือน	< 10	≥ 15	≥ 20	≥ 30	≥ 40	
10 เดือน	< 20	≥ 20	≥ 30	≥ 40	≥ 50	
12 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้					
ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... 20.....ที่.....5.....คะแนน					
	รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... 20.....ที่.....5.....คะแนน					
	รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... 40.....ที่.....5.....คะแนน					
	รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... 50.....ที่.....5.....คะแนน					
	รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... 60.....ที่.....5.....คะแนน					
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้					
	รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... 20.....ที่.....5.....คะแนน					
	รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... 20.....ที่.....5.....คะแนน					
	รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... 40.....ที่.....5.....คะแนน					
	รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... 50.....ที่.....5.....คะแนน					
	รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... 60.....ที่.....5.....คะแนน					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1) น.ส.พพร ไทยตรง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 06 4932 3079 E-mail : popporn.thaitrong@gmail.com					
	2) น.ส.พลอย ไขคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 08 7488 7060 E-mail : ploymkhai1998@gmail.com					
	กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง					

แผนงานที่	Plan 7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	P11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ตัวชี้วัด	MOU_45 ร้อยละของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 180 มม.ปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 110 มม.ปรอท จากการคัดกรอง ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำภายใน 7 วัน และได้รับการวินิจฉัย
คำนิยาม	<p>ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 110 มม.ปรอท จากการคัดกรองในชุมชน (Community) หมายถึง ประชากรในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10 - I15) ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 110 มม.ปรอท ในปีงบประมาณ</p> <p>ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขภายใน 7 วัน หมายถึง ประชากรในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10 - I15) ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 110 มม.ปรอท ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขภายใน 7 วัน หลังจากการคัดกรอง และมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 180 มม.ปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 110 มม.ปรอท</p> <p>ได้รับการวินิจฉัย หมายถึง ประชากรในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขภายใน 7 วัน และมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 110 มม.ปรอท ได้รับการวินิจฉัยตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรในเขตรับผิดชอบได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 110 มม.ปรอท</p> <p>หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ และอยู่จริง (type area 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (type area 3) และ PERSON, DISCHARGE="9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย)</p>
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพ. / สสอ. / รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง / รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัด อปท. ทุกแห่ง / ศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	<p>A = ประชากรใน B ที่ได้รับการวินิจฉัย ดังต่อไปนี้</p> <p>A1 = วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วยวินิจฉัยเป็น I10 - I15) ในวัน ที่ได้รับการวัดความดันโลหิตในสถานบริการสาธารณสุข</p>

	<p>A2 = วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10 - I15) ตั้งแต่วันที่ถัดไป จากการวัดความดันโลหิตครั้งแรกในสถานบริการสาธารณสุข จนถึง 7 วัน</p> <p>B = ประชากรใน C (ประชากรที่มีค่าความดันโลหิต SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิต DBP \geq 110 mmHg ที่ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำที่สถานพยาบาลสาธารณสุข ภายใน 7 วัน) ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขภายใน 7 วัน หลังจากการคัดกรอง และมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) \geq 180 มม.ปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) \geq 110 มม.ปรอท</p>
รายการข้อมูล 2	<p>C = ประชากรใน D (ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตและมีความดันโลหิต SBP \geq 180 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิต DBP \geq 110 mmHg) ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขภายใน 7 วัน หลังจากการคัดกรอง</p>
รายการข้อมูล 3	<p>D = ประชากรในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10 - I15) ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) \geq 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) \geq 110 มม.ปรอท ในปีงบประมาณ</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละ = $((A1+A2)/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน
วิธีการประเมิน	<p>คิดจาก 43 แฟ้ม (ช่วงปีงบประมาณ)</p> <p>A: ประชากรจาก B ที่ได้รับการวินิจฉัย ดังต่อไปนี้</p> <p>A1 = วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10 - I15) ในวัน ที่ได้รับการวัดความดันโลหิตในสถานบริการสาธารณสุข</p> <p>A2 = วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10 - I15) ตั้งแต่วันที่ถัดไป จากการวัดความดันโลหิตครั้งแรกในสถานบริการสาธารณสุข จนถึง 7 วัน</p> <p>B: ประชากรใน C ที่ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขภายใน 7 วัน หลังจากการคัดกรอง และมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) \geq 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) \geq 110 มม.ปรอท ในปีงบประมาณ ประมวลผลจากแฟ้ม SERVICE.SBP และ SERVICE.DBP</p> <p>C: ประชากรใน D ที่ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขภายใน 7 วัน หลังจากการคัดกรอง ประมวลผลจากแฟ้ม SERVICE.SBP และ SERVICE.DBP</p> <p>D: ประชากรในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10 - I15) ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) \geq 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) \geq 110 มม.ปรอท ในปีงบประมาณ ประมวลผลจากแฟ้ม NCDSCREEN.SBP, NCDSCREEN.DBP ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN ("1", "3") 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE= "9" (ไม่จำหน่าย)PERSON.NATION= "99" (สัญชาติไทย)</p>
เอกสารสนับสนุน	- แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

	- แนวทางปฏิบัติสำหรับแพทย์ในการดูแลภาวะความดันโลหิตสูง ระดับ 4 (ค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) \geq 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) \geq 110 มม.ปรอท)					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	≥ 25	≥ 25	≥ 25	≥ 25	≥ 25
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
5 เดือน	< 10	≥ 10	≥ 15	≥ 20	≥ 25	
6 เดือน	< 10	≥ 10	≥ 15	≥ 20	≥ 25	
9 เดือน	< 10	≥ 10	≥ 15	≥ 20	≥ 25	
10 เดือน	< 10	≥ 10	≥ 15	≥ 20	≥ 25	
12 เดือน	< 10	≥ 10	≥ 15	≥ 20	≥ 25	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
5 เดือน	< 10	≥ 10	≥ 15	≥ 20	≥ 25	
6 เดือน	< 10	≥ 10	≥ 15	≥ 20	≥ 25	
9 เดือน	< 10	≥ 10	≥ 15	≥ 20	≥ 25	
10 เดือน	< 10	≥ 10	≥ 15	≥ 20	≥ 25	
12 เดือน	< 10	≥ 10	≥ 15	≥ 20	≥ 25	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... 25.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... 25.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... 25.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... 25.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... 25.....ที่.....5.....คะแนน					
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... 25.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... 25.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... 25.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... 25.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... 25.....ที่.....5.....คะแนน					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1) น.ส.พพร ไทยตรง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 06 4932 3079 E-mail : popporn.thaitrong@gmail.com 2) น.ส.พลอย ไขคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 08 7488 7060 E-mail : ploykhai1998@gmail.com กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง					

แผนงานที่	Plan 7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	P11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ตัวชี้วัด	MOU_46 ร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก และยินยอมเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ				
คำนิยาม	<p>1. โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานและคงอยู่ อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด</p> <p>2. เกณฑ์การคัดเลือกเข้าคลินิกเบาหวานระยะสงบ มีดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานไม่เกิน 5 ปี มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย > 25 กิโลกรัม/เมตร²) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ก่อนเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ \leq ร้อยละ 7.5 มีค่า eGFR > 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ไม่มีภาวะของโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ไม่ได้รับยาอินซูลิน ไม่ได้รับประทานยากลุ่ม SGLT2 inhibitors และควรได้รับยาชนิดรับประทานไม่เกิน 2 ชนิด และยินยอมเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่มาลงทะเบียนเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพศ. / รพท. / รพช. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานของ สสจ.ระยอง				
แหล่งข้อมูล	รายงานจาก รพ. ทุกแห่ง				
รายการข้อมูล 1	A = ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานไม่เกิน 5 ปี มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย > 25 กิโลกรัม/เมตร ²) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ก่อนเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ \leq ร้อยละ 7.5 มีค่า eGFR > 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ไม่มีภาวะของโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ไม่ได้รับยาอินซูลิน ไม่ได้รับประทานยากลุ่ม SGLT2 inhibitors และควรได้รับยาชนิดรับประทานไม่เกิน 2 ชนิด				
รายการข้อมูล 2	B = ผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด และยินยอมเข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานระยะสงบ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2564	2565	2566
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก และยินยอมเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ	ร้อยละ	-	-	-
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน ติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส				
วิธีการประเมิน	แบบรายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส				

เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	≥ ร้อยละ 10	≥ ร้อยละ 10	≥ ร้อยละ 20	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 30
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
5 เดือน	< 2	≥ 4	≥ 6	≥ 8	≥ 10	
6 เดือน	< 3	≥ 3	≥ 5	≥ 8	≥ 10	
9 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20	
10 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30	
12 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
5 เดือน	< 2	≥ 4	≥ 6	≥ 8	≥ 10	
6 เดือน	< 3	≥ 3	≥ 5	≥ 8	≥ 10	
9 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20	
10 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30	
12 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... 10.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... 10.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... 20.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... 30.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... 30.....ที่.....5.....คะแนน					
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... 10.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... 10.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... 20.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... 30.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... 30.....ที่.....5.....คะแนน					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1) น.ส.พพร ไทยตรง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 06 4932 3079 E-mail : popporn.thaitrong@gmail.com 2) น.ส.พลอย ไขคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 08 7488 7060 E-mail : ploykhai1998@gmail.com กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง					

แผนงานที่	Plan 7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)					
โครงการ	P11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
ตัวชี้วัด	MOU_47 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ตามเกณฑ์ HbA1c < ร้อยละ 6.5 โดยไม่ใช้ยา					
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการที่คลินิกเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานไม่เกิน 5 ปี มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย > 25 กิโลกรัม/เมตร²) และยินยอมเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ</p> <p>2. สามารถควบคุมเบาหวานระยะสงบได้ตามเกณฑ์ มีดังนี้ (1.) ผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดและ/หรือ หยุดยาเบาหวานได้ และ (2.) ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) < ร้อยละ 6.5 หลังหยุดยาเบาหวาน 3 เดือน และ/หรือ (3.) มีน้ำหนักตัวลดลง \geq ร้อยละ 10 จากน้ำหนักเริ่มเข้ารับบริการ</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่มาลงทะเบียนเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล และผ่านเกณฑ์ที่กำหนด					
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพศ. / รพท. / รพช. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานของ สสจ.ระยอง					
แหล่งข้อมูล	รายงานจาก รพ. ทุกแห่ง					
รายการข้อมูล 1	A = ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานไม่เกิน 5 ปี มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย > 25 กิโลกรัม/เมตร ²) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ก่อนเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ \leq ร้อยละ 7.5 มีค่า eGFR > 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ไม่มีภาวะของโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ไม่ได้รับยาอินซูลิน ไม่ได้รับประทานยากกลุ่ม SGLT2 inhibitors และควรได้รับยาชนิดรับประทานไม่เกิน 2 ชนิด และยินยอมเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ					
รายการข้อมูล 2	B = ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	
	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ตามเกณฑ์ HbA1c < ร้อยละ 6.5 โดยไม่ใช้ยา	ร้อยละ	-	-	-	
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน					
วิธีการประเมิน	ติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	\geq ร้อยละ 10	\geq ร้อยละ 10	\geq ร้อยละ 20	\geq ร้อยละ 30	\geq ร้อยละ 30

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	< 2	≥ 4	≥ 6	≥ 8	≥ 10
6 เดือน	< 3	≥ 3	≥ 5	≥ 8	≥ 10
9 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20
10 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30
12 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	< 2	≥ 4	≥ 6	≥ 8	≥ 10
6 เดือน	< 3	≥ 3	≥ 5	≥ 8	≥ 10
9 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20
10 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30
12 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... 10.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... 10.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... 20.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... 30.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... 30.....ที่.....5.....คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... 10.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... 10.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... 20.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... 30.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... 30.....ที่.....5.....คะแนน				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1) น.ส.พพร ไทยตรง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 06 4932 3079 E-mail : popporn.thaitrong@gmail.com 2) น.ส.พลอย ไขคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 08 7488 7060 E-mail : ploykhai1998@gmail.com กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง				

แผนงานที่	Plan 7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)					
โครงการ	P11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
ตัวชี้วัด	MOU_48 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ สามารถลดน้ำหนักภายใน 3 เดือน ได้ \geq ร้อยละ 10 ของน้ำหนักวันเริ่มเข้ารับบริการ					
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการที่คลินิกเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานไม่เกิน 5 ปี มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย > 25 กิโลกรัม/เมตร²) และยินยอมเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ</p> <p>2. สามารถควบคุมเบาหวานระยะสงบได้ และมีน้ำหนักตัวลดลง \geq ร้อยละ 10 จากน้ำหนักเริ่มเข้ารับบริการ</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่มาลงทะเบียนเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล และผ่านเกณฑ์ที่กำหนด					
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพศ. / รพท. / รพช. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานของ สสจ.ระยอง					
แหล่งข้อมูล	รายงานจาก รพ. ทุกแห่ง					
รายการข้อมูล 1	A = ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานไม่เกิน 5 ปี มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย > 25 กิโลกรัม/เมตร ²) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ก่อนเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ \leq ร้อยละ 7.5 มีค่า eGFR > 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ไม่มีภาวะของโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ไม่ได้รับยาอินซูลิน ไม่ได้รับประทานยากกลุ่ม SGLT2 inhibitors และควรได้รับยาชนิดรับประทาน ไม่เกิน 2 ชนิด และยินยอมเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ					
รายการข้อมูล 2	B = ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถลดน้ำหนักตัวลดลง \geq ร้อยละ 10 ของน้ำหนักที่เข้ารับบริการภายใน 3 เดือน					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	
	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ สามารถลดน้ำหนักภายใน 3 เดือน ได้ \geq ร้อยละ 10 ของน้ำหนักวันเริ่มเข้ารับบริการ	ร้อยละ	-	-	-	
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน					
วิธีการประเมิน	ติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส					
เกณฑ์การประเมิน	แบบรายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส					
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	\geq ร้อยละ 10	\geq ร้อยละ 10	\geq ร้อยละ 20	\geq ร้อยละ 30	\geq ร้อยละ 30

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	< 2	≥ 4	≥ 6	≥ 8	≥ 10
6 เดือน	< 3	≥ 3	≥ 5	≥ 8	≥ 10
9 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20
10 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30
12 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	< 2	≥ 4	≥ 6	≥ 8	≥ 10
6 เดือน	< 3	≥ 3	≥ 5	≥ 8	≥ 10
9 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20
10 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30
12 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... 10.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... 10.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... 20.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... 30.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... 30.....ที่.....5.....คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... 10.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... 10.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... 20.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... 30.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... 30.....ที่.....5.....คะแนน				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1) น.ส.พพร ไทยตรง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 06 4932 3079 E-mail : popporn.thaitrong@gmail.com 2) น.ส.พลอย ไขคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 08 7488 7060 E-mail : ploymkhai1998@gmail.com กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง				

แผนงานที่	Plan 7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	P11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ตัวชี้วัด	MOU_49 ร้อยละของผู้ป่วยเข้าเกณฑ์โรคเบาหวานระยะสงบ สามารถควบคุม ระดับ HbA1c < ร้อยละ 6.5 โดยไม่ใช้ยา อย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 1 ปี				
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการที่คลินิกเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานไม่เกิน 5 ปี มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย > 25 กิโลกรัม/เมตร²) และยินยอมเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ</p> <p>2. สามารถควบคุมเบาหวานระยะสงบได้ตามเกณฑ์ มีดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถหยุดยาเบาหวานได้อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 1 ปี</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่มาลงทะเบียนเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล และผ่านเกณฑ์ที่กำหนด				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพศ. / รพท. / รพช. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานของ สสจ.ระยอง				
แหล่งข้อมูล	รายงานจาก รพ. ทุกแห่ง				
รายการข้อมูล 1	A = ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานไม่เกิน 5 ปี มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย > 25 กิโลกรัม/เมตร ²) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ก่อนเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ ≤ ร้อยละ 7.5 มีค่า eGFR > 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ไม่มีภาวะของโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ไม่ได้รับยาอินซูลิน ไม่ได้รับประทานยากกลุ่ม SGLT2 inhibitors และควรได้รับยาชนิดรับประทานไม่เกิน 2 ชนิด และยินยอมเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานระยะสงบ				
รายการข้อมูล 2	B = ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2564	2565	2566
	ร้อยละของผู้ป่วยเข้าเกณฑ์โรคเบาหวานระยะสงบ สามารถควบคุม ระดับ HbA1c < ร้อยละ 6.5 โดยไม่ใช้ยา อย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ	-	-	-
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน				
วิธีการประเมิน	ติดตามผลในไตรมาสที่ 4				
เกณฑ์การประเมิน	แบบรายงานผลการดำเนินงาน				
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน
	-	-	-	-	-
	≥ ร้อยละ 30				

แผนงานที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																
โครงการ	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)																
ตัวชี้วัด	MOU_50 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)																
คำนิยาม	<p>ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 – I69)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 – I69) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 – I69) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 – I69) 																
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าร้อยละ 7																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล																
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับโรงพยาบาล 																
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับโรงพยาบาล 																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 – I69) จากทุกหอผู้ป่วย																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I60 – I69)																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)</td> <td>ร้อยละ</td> <td>11.85</td> <td>11.16</td> <td>11.84</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2564	2565	2566	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)	ร้อยละ	11.85	11.16	11.84
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน															
		2564	2565	2566													
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)	ร้อยละ	11.85	11.16	11.84													
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ประเมินผลทุก 3 เดือน (สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ Real time) ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน ไตรมาสที่ 4 รอบ 12 เดือน																
วิธีการประเมิน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับโรงพยาบาล 																

เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	<7	<7	<7	<7	<7

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	≥ 16	≥ 13	≥ 10	≥ 7	< 7
6 เดือน	≥ 16	≥ 13	≥ 10	≥ 7	< 7
9 เดือน	≥ 16	≥ 13	≥ 10	≥ 7	< 7
10 เดือน	≥ 16	≥ 13	≥ 10	≥ 7	< 7
12 เดือน	≥ 16	≥ 13	≥ 10	≥ 7	< 7

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	-
5 เดือน	≥ 16	≥ 13	≥ 10	≥ 7	< 7
6 เดือน	≥ 16	≥ 13	≥ 10	≥ 7	< 7
9 เดือน	≥ 16	≥ 13	≥ 10	≥ 7	< 7
10 เดือน	≥ 16	≥ 13	≥ 10	≥ 7	< 7
12 เดือน	≥ 16	≥ 13	≥ 10	≥ 7	< 7

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 7..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 7..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 7..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 7..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 7..... ที่.....5.....คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 7..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 7..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 7..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 7..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 7..... ที่.....5.....คะแนน
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นาย กษิทธิ์เดช ลีไพบูลย์ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 E-mail: igun7130@gmail.com ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ มือถือ 099 321 7130

แผนงานที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																
โครงการ	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)																
ตัวชี้วัด	MOU_51 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit																
คำนิยาม	<p>ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit โดย</p> <p>หอพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง 2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้น ๆ 																
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล																
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับโรงพยาบาล																
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับโรงพยาบาล																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit</td> <td>ร้อยละ</td> <td>82.06</td> <td>96.87</td> <td>89.63</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2564	2565	2566	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	ร้อยละ	82.06	96.87	89.63			
Baseline Data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน													
		2564	2565	2566													
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	ร้อยละ	82.06	96.87	89.63													
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ประเมินผลทุก 3 เดือน (สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ Real time) ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน ไตรมาสที่ 4 รอบ 12 เดือน																
วิธีการประเมิน	การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับโรงพยาบาล																

เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	≥ 80	≥ 80	≥ 80	≥ 80	≥ 80

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
5 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 80	
6 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 80	
9 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 80	
10 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 80	
12 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 80	

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
5 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 80	
6 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 80	
9 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 80	
10 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 80	
12 เดือน	< 50	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 80	

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 80..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 80..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 80..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 80..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 80..... ที่.....5.....คะแนน</p>					
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 80..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 80..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 80..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 80..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 80..... ที่.....5.....คะแนน</p>					
หมายเหตุ	-					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นาย กษิต์เดช ลิ้มไพบูลย์ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 E-mail: igun7130@gmail.com			ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ มือถือ 099 321 7130		

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	12. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ตัวชี้วัด	MOU_52 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
คำนิยาม	<p>1. ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</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 หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p>3. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 – 30 กันยายน พ.ศ. 2567) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (155 ต่อประชากรแสนคน)</p> <p>4. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุตการณ์วัณโรค (143 ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (103,000 ราย) ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report 2022)</p> <p>5. กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>5.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (เดือน ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>5.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ.2566 - 30 กันยายน พ.ศ.2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย</p>

	<p>ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>6. หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย</p> <p>6.1 กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง อบจ.และรพ.สต.ทุกแห่ง รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงาน</p> <p>6.2 โรงพยาบาลเอกชน</p> <p>7. เงื่อนไขการคำนวณ</p> <p>7.1 การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ไม่นับรวม</p> <p>7.1.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) และลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) รวมทั้งผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่วินิจฉัยเป็นวัณโรคนอกปอดร่วมด้วย ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ.2566)</p> <p>7.1.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <p>7.2 พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผล</p> <p>7.2.1 พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ โรงพยาบาลภาครัฐ สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยกเว้นโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>7.2.2 พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ โรงพยาบาลภาครัฐ สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>										
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="395 1339 715 1435">ชื่อตัวชี้วัด</th> <th data-bbox="715 1339 906 1435">ปีงบประมาณ 67</th> <th data-bbox="906 1339 1098 1435">ปีงบประมาณ 68</th> <th data-bbox="1098 1339 1289 1435">ปีงบประมาณ 69</th> <th data-bbox="1289 1339 1484 1435">ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="395 1435 715 1630">อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)</td> <td data-bbox="715 1435 906 1630">88</td> <td data-bbox="906 1435 1098 1630">88</td> <td data-bbox="1098 1435 1289 1630">88</td> <td data-bbox="1289 1435 1484 1630">88</td> </tr> </tbody> </table>	ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	88	88	88	88
ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	88	88	88	88							
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค</p>										
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>1.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p>										

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)				
รายการข้อมูล	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2567)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	1.ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 วันที่ 30 กันยายน 2567 2.ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วย วัณโรคปอดราย ใหม่ (Success rate)	1. วิเคราะห์ สถานการณ์ขนาดและ ความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มเป้าหมายพื้นที่ เป้าหมายช่องว่างและ ปัญหาอุปสรรค 2. จัดทำแผนงาน ในการเร่งรัดค้นหา รักษา และพัฒนาระบบการ ส่งติดตามผลการรักษา	กำกับและ ติดตามการ ดำเนินงาน มาตรการตาม แผนงานในรอบ 6 เดือน	กำกับและ ติดตามการ ดำเนินงาน มาตรการตาม แผนงานใน รอบ 9 เดือน	ร้อยละ 88
	** เกณฑ์การประเมินร้อยละ 88 หมายเหตุ : ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2567 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2567				
วิธีการประเมินผล :	ใช้อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) โดย ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)**	ร้อยละ	81.89	77.65	77.89
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
10 เดือน	<60	61-69.9	70-78.9	79-87.9	≥88
12 เดือน	<60	61-69.9	70-78.9	79-87.9	≥88
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
10 เดือน	<60	61-69.9	70-78.9	79-87.9	≥88
12 เดือน	<60	61-69.9	70-78.9	79-87.9	≥88
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 12 เดือน ร้อยละ 88 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ 88 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางนภสอร ฤกษ์ธงชัยสกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 038-967417 มือถือ 081-7579653 E-mail napasakung@gmail.com				

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	12. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ตัวชี้วัด	MOU_53 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
คำนิยาม	<p>1. ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</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 หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p>3. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 – 30 กันยายน พ.ศ. 2567) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (155 ต่อประชากรแสนคน)</p> <p>4. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุตการณ์วัณโรค (143 ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (103,000 ราย) ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report 2022)</p> <p>5. กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>5.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>5.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ.2566 - 30 กันยายน พ.ศ.2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย</p>

	<p>ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>6. หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย</p> <p>6.1 กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง อบจ.และรพ.สต.ทุกแห่ง รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงาน</p> <p>6.2 โรงพยาบาลเอกชน</p> <p>7. เจาะเนไขการคํานวณ</p> <p>7.1 การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ไม่นับรวม</p> <p>7.1.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) และลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) รวมทั้งผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่วินิจฉัยเป็นวัณโรคนอกปอดร่วมด้วย ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ.2566)</p> <p>7.1.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือExtensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <p>7.2 พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผล</p> <p>7.2.1 พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ โรงพยาบาลภาครัฐ สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยกเว้นโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>7.2.2 พื้นที่เป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)คือ โรงพยาบาลภาครัฐ สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>										
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="408 1339 769 1435">ชื่อตัวชี้วัด</th> <th data-bbox="769 1339 940 1435">ปีงบประมาณ 67</th> <th data-bbox="940 1339 1110 1435">ปีงบประมาณ 68</th> <th data-bbox="1110 1339 1281 1435">ปีงบประมาณ 69</th> <th data-bbox="1281 1339 1452 1435">ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="408 1435 769 1630">อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)</td> <td data-bbox="769 1435 940 1630">85</td> <td data-bbox="940 1435 1110 1630">85</td> <td data-bbox="1110 1435 1281 1630">85</td> <td data-bbox="1281 1435 1452 1630">85</td> </tr> </tbody> </table>	ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	85	85	85	85
ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	85	85	85	85							
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค</p>										
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p>										

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)																			
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)																			
รายการข้อมูล	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567) B = จำนวนคาดการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567) คิดจากอัตรา 155 ต่อประชากรแสนคน* หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC * ข้อมูลจาก WHO Global report 2022																			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																			
ระยะเวลาประเมินผล	1.ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 2,4 วันที่ 30 มีนาคม 2567 และวันที่ 31 สิงหาคม 2567 2.ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส																			
เกณฑ์การประเมิน		3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	รอบ 12 เดือน													
	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ 25	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85													
วิธีการประเมิน	1. การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ.2566 - 30 กันยายน พ.ศ.2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน																			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)</td> <td>ร้อยละ</td> <td>94.50</td> <td>95.71</td> <td>106</td> </tr> </tbody> </table>							Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2564	2565	2566	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	94.50	95.71	106
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																		
		2564	2565	2566																
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	94.50	95.71	106																

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของ CUP					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<10	10-14.9	15-19.9	20-24.9	≥25
5 เดือน	<25	25-30.9	31-35.9	36-39.9	≥40
6 เดือน	<35	35-40.9	41-45.9	46-49.9	≥50
9 เดือน	<51	52-57.9	58-63.9	64-69.9	≥70
10 เดือน	<65	65-70.9	71-75.9	76-79.9	≥80
12 เดือน	<70	70-74.9	75-79.9	80-84.9	≥85

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<10	10-14.9	15-19.9	20-24.9	≥25
5 เดือน	<25	25-30.9	31-35.9	36-39.9	≥40
6 เดือน	<35	35-40.9	41-45.9	46-49.9	≥50
9 เดือน	<51	52-57.9	58-63.9	64-69.9	≥70
10 เดือน	<65	65-70.9	71-75.9	76-79.9	≥80
12 เดือน	<70	70-74.9	75-79.9	80-84.9	≥85

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ร้อยละ 25 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ร้อยละ 50 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ร้อยละ 70 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ร้อยละ 85 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ร้อยละ 25 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ร้อยละ 50 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ร้อยละ 70 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ร้อยละ 85 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางนภสอร ฤกษ์ธงชัยสกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 038-967417 มือถือ 081-7579653 E-mail napasakung@gmail.com

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
ตัวชี้วัด	MOU_54 ร้อยละของอำเภอในจังหวัดระยองผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU distric) ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>1. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้ ทักษะและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับยาและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิกและความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่เหมาะสมโดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองตามความจำเป็น ลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง</p> <p>2. ยา ในที่นี้หมายถึง ยา (รวมวัคซีน) ตามกฎหมายว่าด้วยยา และยาจากสมุนไพรตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และยาเสพติดให้โทษที่นำมาใช้ทางยารวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา ครอบคลุมยาสำหรับมนุษย์และยาสำหรับสัตว์</p> <p>3. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการโฆษณาและกล่าวอ้างสรรพคุณมุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วย</p> <p>4. จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) หมายถึง จังหวัดหรือพื้นที่ทางการปกครองใดๆตามกฎหมาย ที่มีอำเภอหรือเขตที่เป็นไปตามเกณฑ์ “ อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล ” (RDU distric) อย่างน้อยร้อยละ 50 ของอำเภอ/เขตทั้งหมด</p> <p>5. อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU distric) หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการกำหนดนโยบายและมาตรการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอ และมี RDU Coordinator เป็นผู้ประสานการดำเนินงาน โดยการพัฒนาประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่</p> <p>(1) การพัฒนาโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital)</p> <p>(2) การพัฒนาสถานพยาบาลเอกชนและร้านยาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU in Private Health Sectors)</p> <p>(3) การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community, Non Health Sectors) เช่น ร้านชำ โรงเรียน โรงงาน ปศุสัตว์ และภาคเกษตรกรรม เป็นต้น ซึ่งครอบคลุมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประชาชน รวมถึงการใช้ยาในสัตว์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ คุ้มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย</p> <p>การประเมินโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านเกณฑ์ ในเรื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก 2. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 3. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ 4. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มและสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด 5. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไปที่ใช้ RAS Blockade 2 ชนิดร่วมกัน 6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs

	<p>7. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้ยา Metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้</p> <p>8. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน</p> <p>9. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา Inhales corticosteroid</p> <p>10. ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ ที่ใช้ยาในกลุ่ม long-acting benzodiazepine</p> <p>11. ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้ทางเดินหายใจ และได้รับยาต้าน histamine ชนิด non-sedating</p> <p>12. จำนวนสตรีมีครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ warfarin, statins, ergots (ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)</p> <p>- RDU PCU หมายถึง หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการใช้ยาสมเหตุผล ผ่านเกณฑ์ ในเรื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค RI 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค AD <p>- RDU in Private Health Sectors หมายถึง สถานพยาบาลเอกชนและร้านยาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลเอกชนมีการประเมินตนเองและผ่านการประเมินตนเองระดับ 2 2. ร้านยา ขย.1 ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5 โดยได้คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 3. คลินิกเอกชนมีการประเมินตนเองผ่านระดับ 2 <p>- RDU community หมายถึง มีการพัฒนาร้านชำเพื่อให้เกิด ร้านชำ RDU โดย มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ของร้านชำทั้งหมด อย่างน้อย 2 ตำบล ในอำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>สิ้นสุดไตรมาส 4 ปี 2567</p> <p>จังหวัดระยองมีอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4 อำเภอ</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายระดับอำเภอ</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. RDU hospital (นำมาจาก HDC>กลุ่มรายงานมาตรฐาน>ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา RDU> ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล) 2. RDU PCU (นำมาจาก HDC>กลุ่มรายงานมาตรฐาน>ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา RDU> ร้อยละของ รพ.สต.ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค RI และ AD \leq ร้อยละ 20 ทั้ง 2 โรค) 3. RDU in Private Health Sector <ol style="list-style-type: none"> 3.1 โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน : นำมาจากสรุปผลการประเมินตนเองตามแบบประเมินของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 3.2 ร้านยา ขย.1 : ผลการตรวจตามเกณฑ์ GPP หมวดที่ 5 โดยได้คะแนน \geq 80 4. การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (นำมาจากสรุปผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล)
แหล่งข้อมูล	<p>ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน</p>
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนอำเภอทั้งหมด</p>
สูตรคำนวณ	<p>ร้อยละอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล = $A/B \times 100$</p>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปี 2560			
			2564	2565	2566	
	ร้อยละอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ร้อยละ	-	44.44	75	
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง รอบ 5 เดือน, รอบ 10 เดือน					
วิธีการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ผลการดำเนินงานรอบ 5 เดือน, 10 เดือน เป้าหมาย 5 คะแนน					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	ขั้นที่ 3	-	-	ขั้นที่ 5	-

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน **รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป และ รพ.ชุมชน/ สสอ.**

ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5
- RDU hospital ผ่าน 6 ข้อ -50 % ของ รพสต. ทั้งหมดในเครือข่าย ระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU PCU - แจ้งตำบลและจำนวนร้านชำเป้าหมาย	- RDU hospital ผ่าน 7 ข้อ - 60 % ของ รพสต. ทั้งหมดในเครือข่าย ระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU PCU -สำรวจและให้คำแนะนำร้านชำเป้าหมาย 5 %	- RDU hospital ผ่าน 8 ข้อ - 70 % ของ รพสต. ทั้งหมดในเครือข่าย ระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU PCU -สำรวจและให้คำแนะนำร้านชำเป้าหมาย 10 %	- RDU hospital ผ่าน 9 ข้อ - 80 % ของ รพสต. ทั้งหมดในเครือข่าย ระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU PCU - 40 % รพ.เอกชน ประเมินตนเองผ่านระดับ 2 -คลินิกเอกชน ≥ 10 % ประเมินตนเองผ่านระดับ 2 - ร้านยา ขย.1 ≥ 50 % ผ่านเกณฑ์ GPP หมวดที่ 5 \geq - 10 % ของร้านชำอย่างน้อย 2 ตำบล เป็นร้านชำ RDU	- RDU hospital ผ่าน 10 ข้อ - 85 % ของ รพสต. ทั้งหมดในเครือข่าย ระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU PCU - 50 % รพ.เอกชน ประเมินตนเองผ่านระดับ 2 -คลินิกเอกชน ≥ 20 % ประเมินตนเองผ่านระดับ 2 - ร้านยา ขย.1 ≥ 60 % ผ่านเกณฑ์ GPP หมวดที่ 5 - ร้อยละ 15 ของร้านชำอย่างน้อย 2 ตำบล เป็นร้านชำ RDU

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	-	-	ผ่านขั้นที่ 1	ผ่านขั้นที่ 2	ผ่านขั้นที่ 3
10 เดือน	ผ่านขั้นที่ 1	ผ่านขั้นที่ 2	ผ่านขั้นที่ 3	ผ่านขั้นที่ 4	ผ่านขั้นที่ 5

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	-	ทุก อำเภอ ผ่านขั้นที่ 1	ทุก อำเภอ ผ่านขั้นที่ 2	3 อำเภอ ผ่านขั้นที่ 3	4 อำเภอ ผ่านขั้นที่ 4
10 เดือน	3 อำเภอ ผ่านขั้นที่ 3	5 อำเภอ ผ่านขั้นที่ 3	2 อำเภอ ผ่านขั้นที่ 4	3 อำเภอ ผ่านขั้นที่ 4	4 อำเภอ ผ่านขั้นที่ 4

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	แบ่งการประเมิน เป็น 3 ครั้ง (รอบ 5 เดือน และ 11 เดือน) 5 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน 10 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน *กำหนดให้ 4 คะแนนผ่าน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	5 คะแนน = มี 4 อำเภอเป็นอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4 คะแนน = มี 3 โรงพยาบาลเป็นอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล 3 คะแนน = มี 2 โรงพยาบาลผ่าน ชั้นที่ 3 2 คะแนน = มี 1 โรงพยาบาลผ่าน ชั้นที่ 3 1 คะแนน = มี 1 โรงพยาบาลผ่าน ชั้นที่ 2 * กำหนดให้ 4 คะแนนผ่าน
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางพัทธยา โฆษณสันติ ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการ กลุ่มงาน คุ่มครองผู้บริโภครและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-967415-7 ต่อ 4101,4102 มือถือ 082-4762064 E-mail : junepattaya@gmail.com

เป้าหมายตัวชี้วัด

		ชั้นที่ 1 (แห่ง)	ชั้นที่ 2 (แห่ง)	ชั้นที่ 3 (แห่ง)	ชั้นที่ 4 (แห่ง)	ชั้นที่ 5 (แห่ง)
1.อำเภอเมือง	โรงพยาบาลเอกชน = 5	-	-	1	2	3
	คลินิก = 230	11	13-23	23-33	34-45	46
	ร้านยา					
2.อำเภอเมือง มาบตาพุด	คลินิก = 34	-	1	3	5	6
	ร้านยา					
3.อำเภอปลวกแดง	โรงพยาบาลเอกชน = 2	-	-	-	1	2
	คลินิก = 92	4	5	9	13	18
	ร้านยา = 74	18-21	22-28	29-36	37-43	44
4.อำเภอบ้านค่าย	โรงพยาบาลเอกชน = 1	-	-	-	-	1
	คลินิก = 7	-	-	-	1	2
	ร้านยา = 25	6	7-9	10-11	12-15	15
5. อำเภอนิคมพัฒนา	โรงพยาบาลเอกชน = 1	-	-	-	-	1
	คลินิก = 31	1	2	3	4-5	6
	ร้านยา = 31	7-8	9-11	12-14	15-17	18
6.อำเภอแกลง	คลินิก = 33	1	2	3-4	5-6	7
	ร้านยา = 38	9-10	11-14	15-18	19-22	23
7.อำเภอบ้านฉาง	คลินิก = 8	-	-	-	1	2
	ร้านยา = 35	8-9	10-13	14-16	17-20	21
8.อำเภอวังจันทร์	คลินิก = 4	-	-	-	1	2
	ร้านยา = 4	-	1	2	3	4
9.อำเภอเขาชะเมา	คลินิก = 1	-	-	-	-	1
	ร้านยา = 3	-	-	1	2	3

แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	13. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ตัวชี้วัด	MOU_55 ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU Hospital
คำนิยาม	<p>การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น ตามความจำเป็น รวมทั้งได้รับและใช้ยาจากสถานบริการสุขภาพ ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ทั้งในเรื่องโรค ขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่กำหนด โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มเสี่ยง</p> <p>การประเมินโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านเกณฑ์ ในเรื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก 2. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 3. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ 4. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มและสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด 5. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไปที่ใช้ RAS Blockade 2 ชนิดร่วมกัน 6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs 7. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้ยา Metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ 8. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน 9. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา Inhalers corticosteroid 10. ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine 11. ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และได้รับยาต้าน histamine ชนิด non-sedating 12. จำนวนสตรีมีครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ warfarin, statins, ergots (ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)
เกณฑ์เป้าหมาย	สิ้นสุดไตรมาส 4 ปี 2567 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การใช้ยาสมเหตุผล 10 ข้อ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.RDU hospital (นำมาจาก HDC>กลุ่มรายงานมาตรฐาน>ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา RDU> ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล)
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากระบบ HDC
รายการข้อมูล 1	A = 12
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ใช้ยาสมเหตุผล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A-B

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด		ผลการดำเนินงาน		
				2564	2565	2566
	ร้อยละโรงพยาบาลใช้ยาสมเหตุสมผล	ร้อยละ		-	88.89	77.77
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง รอบ 5 เดือน, รอบ 10 เดือน					
วิธีการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ผลการดำเนินงานรอบ 5 เดือน, 10 เดือน เป้าหมาย 5 คะแนน					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	ขั้นที่ 3	-	-	ขั้นที่ 5	-
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป และ รพ.ชุมชน						
ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5		
- RDU hospital ผ่านเกณฑ์ 1-6 ข้อ	- RDU hospital ผ่านเกณฑ์ 1-7 ข้อ	- RDU hospital ผ่านเกณฑ์ 1-8 ข้อ	- RDU hospital ผ่านเกณฑ์ 1-9 ข้อ	- RDU hospital ผ่านเกณฑ์ 1-10 ข้อ		
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
5 เดือน	-	ขั้นที่ 1	ผ่านขั้นที่ 2	ผ่านขั้นที่ 3	ผ่านขั้นที่ 4	
10 เดือน	ผ่านขั้นที่ 1	ผ่านขั้นที่ 2	ผ่านขั้นที่ 3	ผ่านขั้นที่ 4	ผ่านขั้นที่ 5	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
5 เดือน	-	1 รพ.ผ่านขั้นที่ 5	2 รพ.ผ่านขั้นที่ 5	3 รพ.ผ่านขั้นที่ 5	4 รพ.ผ่านขั้นที่ 5	
10 เดือน	รพ. ผ่านขั้นที่ 5	2 รพ.ผ่านขั้นที่ 5	3 รพ. ผ่านขั้นที่ 5	4 รพ. ผ่านขั้นที่ 5	5 รพ. ผ่านขั้นที่ 5	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	แบ่งการประเมิน เป็น 2 ครั้ง (รอบ 5 เดือน และ 10 เดือน) 5 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน 10 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน *กำหนดให้ 3 คะแนนผ่าน					
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	5 คะแนน = 7 โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลใช้ยาสมเหตุสมผล 4 คะแนน = 6 โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลใช้ยาสมเหตุสมผล 3 คะแนน = 5 โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลใช้ยาสมเหตุสมผล 2 คะแนน = 3 โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลใช้ยาสมเหตุสมผล 1 คะแนน = 2 โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลใช้ยาสมเหตุสมผล * กำหนดให้ 3 คะแนนผ่าน					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางพัทธยา โฆษณสันติ ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการ กลุ่มงาน คัดกรองผู้บริโภคและเกสซ์สาธารณสุข โทรศัพท์ 038-967415-7 ต่อ 4101,4102 มือถือ 082-4762064 E-mail : junepattaya@gmail.com					

แผนที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																		
โครงการ	โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล																		
ตัวชี้วัด	MOU_56 คลินิกเอกชนมีการประเมินตนเองและผ่านการประเมินตนเอง ระดับ 2																		
คำนิยาม	คลินิกเอกชน หมายถึง สถานพยาบาลเอกชนประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ได้แก่ คลินิกเวชกรรม, สหคลินิก, คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง, คลินิกทันตกรรม การประเมินตนเอง หมายถึง สถานพยาบาลประเมินตนเอง ตามแบบประเมินของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ																		
เกณฑ์เป้าหมาย	สิ้นสุดไตรมาส 4 ปี 2567 คลินิกเอกชนร้อยละ 20 มีการประเมินตนเองและผ่านการประเมินตนเองระดับ 2																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คลินิกเอกชน																		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการประเมินคลินิกเอกชน : นำมาจากสรุปผลการประเมินตนเองตามแบบประเมินของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ																		
แหล่งข้อมูล	สรุปผลการประเมินตนเอง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ																		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนคลินิกเอกชนที่ประเมินตนเองผ่านเกณฑ์ระดับ 2																		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนคลินิกเอกชน																		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละคลินิกเอกชนมีการประเมินตนเองและผ่านการประเมินตนเองระดับ 2 = $A/B \times 100$																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปี 2560</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละคลินิกเอกชนมีการประเมินตนเองและผ่านการประเมินตนเองระดับ 2</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปี 2560			2564	2565	2566	ร้อยละคลินิกเอกชนมีการประเมินตนเองและผ่านการประเมินตนเองระดับ 2	ร้อยละ	-	-	-	
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปี 2560																	
		2564	2565	2566															
ร้อยละคลินิกเอกชนมีการประเมินตนเองและผ่านการประเมินตนเองระดับ 2	ร้อยละ	-	-	-															
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง รอบ 10 เดือน																		
วิธีการประเมิน	คลินิกเอกชน ประเมินรอบ 10 เดือน เป้าหมาย 5 คะแนน																		
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน													
	-	-	-	-	ขั้นที่ 5	-													
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน คลินิกเอกชน																			
ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5															
- 5 % คลินิกเอกชนประเมินตนเองผ่านระดับ 2	- 7% คลินิกเอกชนประเมินตนเองผ่านระดับ 2	-10%คลินิกเอกชนประเมินตนเองผ่านระดับ 2	-15%คลินิกเอกชนประเมินตนเองผ่านระดับ 2	-20 %คลินิกเอกชนประเมินตนเองผ่านระดับ 2															

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
10 เดือน	ผ่านชั้นที่ 1	ผ่านชั้นที่ 2	ผ่านชั้นที่ 3	ผ่านชั้นที่ 4	ผ่านชั้นที่ 5
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
10 เดือน	-	1 อำเภอผ่านชั้นที่ 4	2 อำเภอผ่านชั้นที่ 4	3 อำเภอผ่านชั้นที่ 4	4 อำเภอผ่านชั้นที่ 4
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ประเมินปีละ 1 ครั้ง รอบ 10 เดือน 10 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน *กำหนดให้ 4 คะแนนผ่าน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	5 คะแนน = มี 4 อำเภอผ่านชั้นที่ 4 4 คะแนน = มี 3 อำเภอผ่านชั้นที่ 4 3 คะแนน = มี 2 อำเภอผ่านชั้นที่ 4 2 คะแนน = มี 1 อำเภอผ่านชั้นที่ 4				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางพัทธยา โฆษณสันติ ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ กลุ่มงาน คຸ້ມກອງຜູ້ບຣິໂກດແລະເກສັສາຮາຣນສຸຂ โทรศัพท์ 038-967415-7 ต่อ 4101,4102 มือถือ 082-4762064 E-mail : junepattaya@gmail.com				

แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																		
โครงการ	P13. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล																		
ตัวชี้วัด	MOU_57 ร้อยละโรงพยาบาลเอกชนมีการประเมินตนเองและผ่านการประเมินตนเองระดับ 2																		
คำนิยาม	โรงพยาบาลเอกชน หมายถึง สถานพยาบาลเอกชนประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน การประเมินตนเอง หมายถึง สถานพยาบาลประเมินตนเอง ตามแบบประเมินของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ																		
เกณฑ์เป้าหมาย	สิ้นสุดไตรมาส 4 ปี 2567 โรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 50 มีการประเมินตนเองและผ่านการประเมินตนเองระดับ 2																		
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลเอกชน																		
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	ผลการประเมินโรงพยาบาลเอกชน : นำมาจากสรุปผลการประเมินตนเองตามแบบประเมินของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ																		
แหล่งข้อมูล	สรุปผลการประเมินตนเอง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ																		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่ประเมินตนเองผ่านเกณฑ์ระดับ 2																		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลเอกชน																		
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	ร้อยละโรงพยาบาลเอกชนมีการประเมินตนเองและผ่านการประเมินตนเองระดับ 2 $= A/B \times 100$																		
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปี 2560</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละโรงพยาบาลเอกชนมีการประเมินตนเองและผ่านการประเมินตนเองระดับ 2</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปี 2560			2564	2565	2566	ร้อยละโรงพยาบาลเอกชนมีการประเมินตนเองและผ่านการประเมินตนเองระดับ 2	ร้อยละ	-	-	-	
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปี 2560																	
		2564	2565	2566															
ร้อยละโรงพยาบาลเอกชนมีการประเมินตนเองและผ่านการประเมินตนเองระดับ 2	ร้อยละ	-	-	-															
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง รอบ รอบ 10 เดือน																		
วิธีการประเมิน	โรงพยาบาลเอกชน ประเมินรอบ 10 เดือน เป้าหมาย 5 คะแนน																		
เกณฑ์การ ประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน													
	-	-	-	-	ขั้นที่ 5	-													
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน โรงพยาบาลเอกชน																			
	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5														
	- 10 % รพ.เอกชน ประเมินตนเองผ่าน ระดับ 2	- 20 % รพ.เอกชน ประเมินตนเองผ่าน ระดับ 2	-30 % รพ.เอกชน ประเมินตนเองผ่าน ระดับ 2	-40 % รพ.เอกชน ประเมินตนเองผ่าน ระดับ 2	-50 % รพ.เอกชน ประเมินตนเองผ่าน ระดับ 2														
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน																			
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน														
10 เดือน	ผ่านขั้นที่ 1	ผ่านขั้นที่ 2	ผ่านขั้นที่ 3	ผ่านขั้นที่ 4	ผ่านขั้นที่ 5														

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
10 เดือน		1 อำเภอผ่านชั้นที่ 4	2 อำเภอผ่านชั้นที่ 4	3 อำเภอผ่านชั้นที่ 4	4 อำเภอผ่านชั้นที่ 4
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ประเมินปีละ 1 ครั้ง รอบ 10 เดือน 10 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน *กำหนดให้ 4 คะแนนผ่าน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	5 คะแนน = มี 4 อำเภอผ่านชั้นที่ 4 4 คะแนน = มี 3 อำเภอผ่านชั้นที่ 4 3 คะแนน = มี 2 อำเภอผ่านชั้นที่ 4 2 คะแนน = มี 1 อำเภอผ่านชั้นที่ 4				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางพัทธยา โฆษณสันติ ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการ กลุ่มงาน คุ่มครองผู้บริโภคและเกสซ์ชสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-967415-7 ต่อ 4101,4102 มือถือ 082-4762064 E-mail : junepattaya@gmail.com				

แผนที่	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)					
โครงการ	P13. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล					
ตัวชี้วัด	MOU_58 ร้อยละร้านชำ 2 ตำบลในอำเภอผ่านเกณฑ์ร้านชำ RDU					
คำนิยาม	ร้านชำ RDU หมายถึง การพัฒนาร้านชำเพื่อให้เกิดร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุสมผล					
เกณฑ์เป้าหมาย	สิ้นสุดไตรมาส 4 ปี 2567 ร้านชำ ร้อยละ 10 ในตำบลเป้าหมาย อย่างน้อย 2 ตำบล ผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุสมผล					
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ร้านชำในตำบลเป้าหมาย					
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	ผลการตรวจร้านชำตามแบบประเมินร้านชำคุณภาพ					
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุสมผล					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนร้านชำทั้งหมดในตำบลเป้าหมาย					
สูตรคำนวณ	ร้อยละร้านชำผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุสมผล = $A/B \times 100$					
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปี 2560			
			2564	2565	2566	
	ร้อยละร้านชำผ่านเกณฑ์ร้านชำ คุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุสมผล	ร้อยละ	-	-	-	
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง รอบ 5 เดือน, รอบ 10 เดือน					
วิธีการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ผลการดำเนินงานรอบ 5 เดือน, 10 เดือน เป้าหมาย 5 คะแนน					
เกณฑ์การ ประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	ขั้นที่ 3	-	-	ขั้นที่ 5	-
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไปและ รพ.ชุมชน/ สสอ.						
ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5		
- รายงานตำบลและ จำนวนร้านชำเป้าหมาย	-สำรวจและให้ คำแนะนำร้านชำ เป้าหมาย 5 %	-สำรวจและให้ คำแนะนำร้านชำ เป้าหมาย 10 %	- 10 % ของร้านชำ อย่างน้อย 2 ตำบล เป็น ร้านชำ RDU	- ร้อยละ 15 ของร้าน ชำ อย่างน้อย 2 ตำบล เป็นร้านชำ RDU		
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
5 เดือน	-	-	ผ่านขั้นที่ 1	ผ่านขั้นที่ 2	ผ่านขั้นที่ 3	
10 เดือน	ผ่านขั้นที่ 1	ผ่านขั้นที่ 2	ผ่านขั้นที่ 3	ผ่านขั้นที่ 4	ผ่านขั้นที่ 5	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
5 เดือน	-	ทุกอำเภอผ่านขั้นที่ 1	ทุกอำเภอผ่านขั้นที่ 2	3 อำเภอผ่านขั้นที่ 3	4 อำเภอผ่านขั้นที่ 4	
10 เดือน	3 อำเภอผ่านขั้นที่ 3	5 อำเภอผ่านขั้นที่ 3	2 อำเภอผ่านขั้นที่ 4	3 อำเภอผ่านขั้นที่ 4	4 อำเภอผ่านขั้นที่ 4	

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	แบ่งการประเมิน เป็น 3 ครั้ง (รอบ 5 เดือน และ 11 เดือน) 5 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน 10 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน *กำหนดให้ 4 คะแนนผ่าน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	5 คะแนน = มี 4 อำเภอเป็นอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4 คะแนน = มี 3 โรงพยาบาลเป็นอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล 3 คะแนน = มี 2 โรงพยาบาลผ่าน ชั้นที่ 3 2 คะแนน = มี 1 โรงพยาบาลผ่าน ชั้นที่ 3 1 คะแนน = มี 1 โรงพยาบาลผ่าน ชั้นที่ 2 * กำหนดให้ 4 คะแนนผ่าน
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางพัทธยา โฆษณสันติ ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการ กลุ่มงาน คุ่มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-967415-7 ต่อ 4101,4102 มือถือ 082-4762064 E-mail : junepattaya@gmail.com

เป้าหมายตัวชี้วัด

		ชั้นที่ 1 (แห่ง)	ชั้นที่ 2 (แห่ง)	ชั้นที่ 3 (แห่ง)	ชั้นที่ 4 (แห่ง)	ชั้นที่ 5 (แห่ง)
1.อำเภอเมือง	โรงพยาบาลเอกชน = 5	-	-	1	2	3
	คลินิก = 230	11	13-23	23-33	34-45	46
	ร้านยา					
2.อำเภอเมือง มาบตาพุด	คลินิก = 34	-	1	3	5	6
	ร้านยา					
3.อำเภอปลวกแดง	โรงพยาบาลเอกชน = 2	-	-	-	1	2
	คลินิก = 92	4	5	9	13	18
	ร้านยา = 74	18-21	22-28	29-36	37-43	44
4.อำเภอบ้านค่าย	โรงพยาบาลเอกชน = 1	-	-	-	-	1
	คลินิก = 7	-	-	-	1	2
	ร้านยา = 25	6	7-9	10-11	12-15	15
5. อำเภอนิคมพัฒนา	โรงพยาบาลเอกชน = 1	-	-	-	-	1
	คลินิก = 31	1	2	3	4-5	6
	ร้านยา = 31	7-8	9-11	12-14	15-17	18
6.อำเภอแกลง	คลินิก = 33	1	2	3-4	5-6	7
	ร้านยา = 38	9-10	11-14	15-18	19-22	23
7.อำเภอบ้านฉาง	คลินิก = 8	-	-	-	1	2
	ร้านยา = 35	8-9	10-13	14-16	17-20	21
8.อำเภอวังจันทร์	คลินิก = 4	-	-	-	1	2
	ร้านยา = 4	-	1	2	3	4
9.อำเภอเขาชะเมา	คลินิก = 1	-	-	-	-	1
	ร้านยา = 3	-	-	1	2	3

แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																		
โครงการ	P13. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล																		
ตัวชี้วัด	MOU_59 ร้อยละร้านขายยา ขย 1 ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5																		
คำนิยาม	ร้านขายยา ขย.1 หมายถึง ร้านขายยาแผนปัจจุบัน เกณฑ์ GPP หมายถึง เกณฑ์การประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2577 (GPP เต็มขั้น)																		
เกณฑ์เป้าหมาย	สิ้นสุดไตรมาส 4 ปี 2567 ร้านขายยา ขย. 1 ร้อยละ 60 ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5																		
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ร้านขายยา ขย. 1																		
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	ผลการตรวจ GPP : รายงานผลการตรวจ GPP ของโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด																		
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการตรวจ GPP ของโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด																		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนร้านยา ขย.1 ที่ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5																		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนร้านยา ขย 1																		
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	ร้อยละจำนวนร้านยา ขย.1 ที่ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5 $= A/B \times 100$																		
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปี 2560</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละร้านขายยา ขย 1 ผ่าน เกณฑ์ GPP หมวด 5</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปี 2560			2564	2565	2566	ร้อยละร้านขายยา ขย 1 ผ่าน เกณฑ์ GPP หมวด 5	ร้อยละ	-	-	-	
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปี 2560																	
		2564	2565	2566															
ร้อยละร้านขายยา ขย 1 ผ่าน เกณฑ์ GPP หมวด 5	ร้อยละ	-	-	-															
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง รอบ 10 เดือน																		
วิธีการประเมิน	ร้านขายยา ขย.1 ประเมินรอบ 10 เดือน เป้าหมาย 5 คะแนน																		
เกณฑ์การ ประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน													
	-	-	-	-	ขั้นที่ 5	-													
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน โรงพยาบาลเอกชน																			
	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5														
	- 20%ร้านขายยา ขย.1 ที่ผ่านเกณฑ์ GPP หมวดที่ 5	- 30%ร้านขายยา ขย.1 ที่ผ่านเกณฑ์ GPP หมวดที่ 5	-40%ร้านขายยา ขย.1 ที่ผ่านเกณฑ์ GPP หมวดที่ 5	-50%ร้านขายยา ขย.1 ที่ผ่านเกณฑ์ GPP หมวดที่ 5	-60%ร้านขายยา ขย.1 ที่ผ่านเกณฑ์ GPP หมวดที่ 5														

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
10 เดือน	ผ่านชั้นที่ 1	ผ่านชั้นที่ 2	ผ่านชั้นที่ 3	ผ่านชั้นที่ 4	ผ่านชั้นที่ 5
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
10 เดือน	-	1 อำเภอผ่านชั้นที่ 4	2 อำเภอผ่านชั้นที่ 4	3 อำเภอผ่านชั้นที่ 4	4 อำเภอผ่านชั้นที่ 4
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ประเมินปีละ 1 ครั้ง รอบ 10 เดือน 10 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน *กำหนดให้ 4 คะแนนผ่าน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	5 คะแนน = มี 4 อำเภอผ่านชั้นที่ 4 4 คะแนน = มี 3 อำเภอผ่านชั้นที่ 4 3 คะแนน = มี 2 อำเภอผ่านชั้นที่ 4 2 คะแนน = มี 1 อำเภอผ่านชั้นที่ 4				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางพัทธยา โฆษณสันติ ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการ กลุ่มงาน คุ่มครองผู้บริโภครและเกสซ์ชสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-967415-7 ต่อ 4101,4102 มือถือ 082-4762064 E-mail : junepattaya@gmail.com				

แผนงานที่ 07	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																					
โครงการ	P13.โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล																					
ตัวชี้วัด	MOU_60 ร้อยละของหน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) ในเครือข่ายระดับอำเภอ มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างรับผิดชอบใน 2 โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย																					
คำนิยาม	<p>การประเมิน เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล, หน่วยบริการปฐมภูมิ) ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วง ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20)</p> <p><i>RDU PCU (RDU2) ขั้นที่ 1 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</i></p> <p>1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p> <p><i>RDU PCU (RDU2) ขั้นที่ 2 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</i></p> <p>1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p> <p><i>RDU PCU (RDU2) ขั้นที่ 3 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</i></p> <p>1. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>																					
เกณฑ์เป้าหมาย	สิ้นสุดไตรมาส 4 ปี 2567 รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ RDU PCU (RDU2) ขั้นที่ 3 \geq ร้อยละ 80																					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิ																					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงานเฉพาะกิจ สำนักบริหารสาธารณสุข และ HDC จังหวัดระยอง																					
แหล่งข้อมูล	นำมาจาก HDC (กลุ่มรายงานมาตรฐาน> ข้อมูลตอบสนอง service plan> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง service plan สาขา RDU> ร้อยละของ รพ.สต. ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค Respiratory infection และ Acute diarrhea \leq ร้อยละ 20 ทั้ง 2 โรค (RUA PCU))																					
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนรพ.สต. ที่ผ่าน RDU PCU ขั้นที่ 2 A2 = จำนวน รพ.สต. ที่ผ่าน RDU PCU ขั้นที่ 3 B = จำนวน รพ.สต. ในเครือข่ายระดับอำเภอ																					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$RDU\ PCU = (A/B) \times 100$																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RDU PCU ขั้นที่ 2</td> <td>ร้อยละ</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>RDU PCU ขั้นที่ 3</td> <td>ร้อยละ</td> <td>93.79</td> <td>91.20</td> <td>90.65</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2564	2565	2566	RDU PCU ขั้นที่ 2	ร้อยละ	100	100	100	RDU PCU ขั้นที่ 3	ร้อยละ	93.79	91.20	90.65
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																				
		2564	2565	2566																		
RDU PCU ขั้นที่ 2	ร้อยละ	100	100	100																		
RDU PCU ขั้นที่ 3	ร้อยละ	93.79	91.20	90.65																		

ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง รอบ 5 เดือน และรอบ 10 เดือน					
วิธีการประเมิน	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ					
	ผลการดำเนินงานรอบ 5 เดือน และ 10 เดือน เป้าหมาย 5 คะแนน					
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
		ผ่านที่ 4 คะแนน			ผ่านที่ 4 คะแนน	
เกณฑ์การประเมิน		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รพ.สต.	<u>ผลการดำเนินงานรอบ 5 เดือน</u>	ร้อยละ 50 ของ รพสต. ทั้งหมดใน เครือข่าย ระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยา ใช้อย่างถูกวิธีในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลันผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค	ร้อยละ 55 ของ รพสต. ทั้งหมดใน เครือข่าย ระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่าน เกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค	ร้อยละ 60 ของ รพสต. ทั้งหมดใน เครือข่าย ระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่าน เกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค	ร้อยละ 65 ของ รพสต. ทั้งหมดใน เครือข่าย ระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่าน เกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค	ร้อยละ 70 ของ รพสต.ทั้งหมด ในเครือข่าย ระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยา ปฏิชีวนะในกลุ่ม โรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจ และโรคอุจจาระ ร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค
	<u>ผลการดำเนินงานรอบ 10 เดือน</u>	ร้อยละ 65 ของ รพสต. ทั้งหมดใน เครือข่าย ระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยา ใช้อย่างถูกวิธีในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและโรคอุจจาระ ร่วง	ร้อยละ 70 ของ รพสต. ทั้งหมดใน เครือข่าย ระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่าน เกณฑ์	ร้อยละ 75 ของ รพสต. ทั้งหมดใน เครือข่าย ระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่าน เกณฑ์	ร้อยละ 80 ของ รพสต. ทั้งหมดใน เครือข่าย ระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่าน เกณฑ์	ร้อยละ 90 ของ รพสต. ทั้งหมดใน เครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มีอัตรา การใช้ยา ปฏิชีวนะในกลุ่ม โรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจ และโรคอุจจาระ ร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์


		เขียนพลา นผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค	เป้าหมายทั้ง 2 โรค	เป้าหมายทั้ง 2 โรค	เป้าหมายทั้ง 2 โรค	เป้าหมายทั้ง 2 โรค
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	การคิดคะแนน แบ่งเป็น 2 ช่วง (ไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4) ไตรมาสที่ 2 คะแนนรวม 5 คะแนน ไตรมาสที่ 4 คะแนนรวม 5 คะแนน กำหนดให้ 4 คะแนนผ่าน					
การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด	5 คะแนน = ร้อยละ 90 ของเครือข่ายระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU PCU ชั้นที่ 3 4 คะแนน = ร้อยละ 80 ของเครือข่ายระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU PCU ชั้นที่ 3 3 คะแนน = ร้อยละ 70 ของเครือข่ายระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU PCU ชั้นที่ 3 2 คะแนน = ร้อยละ 65 ของเครือข่ายระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU PCU ชั้นที่ 3 1 คะแนน = ร้อยละ 60 ของเครือข่ายระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU PCU ชั้นที่ 3 * กำหนดให้ 4 คะแนนผ่าน					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางพัทธยา โฆษณสันติ ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการ กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภคและเกษตรสาธารณสุข โทรศัพท์ 038-967415-7 ต่อ 4101,4102 มือถือ 082-4762064 E-mail : junepattaya@gmail.com					

แผนงานที่ 7	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																																														
โครงการ 14	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด																																														
ตัวชี้วัด	MOU_61 อัตราตายทารกแรกเกิด																																														
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัม ที่เกิดมามีชีวิต อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																																														
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่า 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต																																														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัม ที่เกิดมามีชีวิต																																														
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง																																														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการและส่งออกด้วยระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม																																														
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโปรแกรม HDC Service (กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาทารกแรกเกิด >> อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน)																																														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิตเมื่ออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน																																														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกเกิดมีชีวิตทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน																																														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราตายทารกแรกเกิด = $A/B \times 1000$																																														
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราตายทารกแรกเกิด</td> <td>ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต</td> <td>9.76</td> <td>4.62</td> <td>6.66</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2564	2565	2566	อัตราตายทารกแรกเกิด	ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต	9.76	4.62	6.66																													
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																																													
		2564	2565	2566																																											
อัตราตายทารกแรกเกิด	ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต	9.76	4.62	6.66																																											
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3,5,6,9,10 และ 12 เดือน																																														
วิธีการประเมิน	สรุปข้อมูลในระบบ HDC ข้อมูลทารกตายเปรียบเทียบกับทารกเกิดมีชีวิตในช่วงเวลาเดียวกัน																																														
เกณฑ์การประเมิน	ผลลัพธ์ อัตราตายทารกแรกเกิดน้อยกว่า 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต <table border="1"> <thead> <tr> <th>3 เดือน</th> <th>5 เดือน</th> <th>6 เดือน</th> <th>9 เดือน</th> <th>10 เดือน</th> <th>12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผลลัพธ์ < 3.6</td> <td>ผลลัพธ์ < 3.6</td> <td>ผลลัพธ์ < 3.6</td> <td>ผลลัพธ์ < 3.6</td> <td>ผลลัพธ์ < 3.6</td> <td>ผลลัพธ์ < 3.6</td> </tr> </tbody> </table>					3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	ผลลัพธ์ < 3.6	ผลลัพธ์ < 3.6	ผลลัพธ์ < 3.6	ผลลัพธ์ < 3.6	ผลลัพธ์ < 3.6	ผลลัพธ์ < 3.6																														
3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน																																										
ผลลัพธ์ < 3.6	ผลลัพธ์ < 3.6	ผลลัพธ์ < 3.6	ผลลัพธ์ < 3.6	ผลลัพธ์ < 3.6	ผลลัพธ์ < 3.6																																										
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน : 3 5 6 9 10 และ 12 เดือน คะแนนตามผลการดำเนินงาน																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 เดือน</td> <td>≥ 6.6</td> <td>5.5-6.6</td> <td>4.5.-5.6</td> <td>3.5-4.6</td> <td>< 3.6</td> </tr> <tr> <td>5 เดือน</td> <td>≥ 6.6</td> <td>5.5-6.6</td> <td>4.5.-5.6</td> <td>3.5-4.6</td> <td>< 3.6</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td>≥ 6.6</td> <td>5.5-6.6</td> <td>4.5.-5.6</td> <td>3.5-4.6</td> <td>< 3.6</td> </tr> <tr> <td>9 เดือน</td> <td>≥ 6.6</td> <td>5.5-6.6</td> <td>4.5.-5.6</td> <td>3.5-4.6</td> <td>< 3.6</td> </tr> <tr> <td>10 เดือน</td> <td>≥ 6.6</td> <td>5.5-6.6</td> <td>4.5.-5.6</td> <td>3.5-4.6</td> <td>< 3.6</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td>≥ 6.6</td> <td>5.5-6.6</td> <td>4.5.-5.6</td> <td>3.5-4.6</td> <td>< 3.6</td> </tr> </tbody> </table>						คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	3 เดือน	≥ 6.6	5.5-6.6	4.5.-5.6	3.5-4.6	< 3.6	5 เดือน	≥ 6.6	5.5-6.6	4.5.-5.6	3.5-4.6	< 3.6	6 เดือน	≥ 6.6	5.5-6.6	4.5.-5.6	3.5-4.6	< 3.6	9 เดือน	≥ 6.6	5.5-6.6	4.5.-5.6	3.5-4.6	< 3.6	10 เดือน	≥ 6.6	5.5-6.6	4.5.-5.6	3.5-4.6	< 3.6	12 เดือน	≥ 6.6	5.5-6.6	4.5.-5.6	3.5-4.6	< 3.6
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																										
3 เดือน	≥ 6.6	5.5-6.6	4.5.-5.6	3.5-4.6	< 3.6																																										
5 เดือน	≥ 6.6	5.5-6.6	4.5.-5.6	3.5-4.6	< 3.6																																										
6 เดือน	≥ 6.6	5.5-6.6	4.5.-5.6	3.5-4.6	< 3.6																																										
9 เดือน	≥ 6.6	5.5-6.6	4.5.-5.6	3.5-4.6	< 3.6																																										
10 เดือน	≥ 6.6	5.5-6.6	4.5.-5.6	3.5-4.6	< 3.6																																										
12 เดือน	≥ 6.6	5.5-6.6	4.5.-5.6	3.5-4.6	< 3.6																																										

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด : 3 5 6 9 10 และ 12 เดือน คะแนนตามผลการดำเนินงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≥ 6.6	5.5-6.6	4.5.-5.6	3.5-4.6	< 3.6
5 เดือน	≥ 6.6	5.5-6.6	4.5.-5.6	3.5-4.6	< 3.6
6 เดือน	≥ 6.6	5.5-6.6	4.5.-5.6	3.5-4.6	< 3.6
9 เดือน	≥ 6.6	5.5-6.6	4.5.-5.6	3.5-4.6	< 3.6
10 เดือน	≥ 6.6	5.5-6.6	4.5.-5.6	3.5-4.6	< 3.6
12 เดือน	≥ 6.6	5.5-6.6	4.5.-5.6	3.5-4.6	< 3.6
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ผลลัพธ์ < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ผลลัพธ์ < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ผลลัพธ์ < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ผลลัพธ์ < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ผลลัพธ์ < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ผลลัพธ์ < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ผลลัพธ์ < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ผลลัพธ์ < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ผลลัพธ์ < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ผลลัพธ์ < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ผลลัพธ์ < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ผลลัพธ์ < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ ที่ 5 คะแนน				
หมายเหตุ	-				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1. นางทัศนีย์ พูลเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลระยอง โทรศัพท์ มือถือ E – mail address : 2. นางสาวชพรรณ บำรุงรัตน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ 08 5219 7639 E – mail address : Thachaphan2013@gmail.com				

แผนงานที่	Plan 7.การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	P15.โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน
ตัวชี้วัด	MOU_62 ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ ทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting ให้แก่ผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย (ICD-10 Z51.5) ตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย และบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน ส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้</p> <p>โรงพยาบาลต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting ตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทยรวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/หรือ มีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่องหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยุติการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550)และบันทึกในระบบ E-claim บันทึก รหัส ICD-10 Z71.8 และส่งข้อมูลเข้า HDC รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน/ชุมชน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า 2. มีบุคลากรในทีมการดูแลประคับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) และให้การดูแลอย่างมีคุณภาพ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1. โรงพยาบาลระดับ A/S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 3-4 คน โรงพยาบาลระดับ M/F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้านPCปฏิบัติงาน full-time(M1)/part time(M2,F)อย่างน้อย 1 คน 2.2. โรงพยาบาลระดับ A/S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 3-4 คนโรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน fulltime/part time อย่างน้อย 1 คน 2.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน และมีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลตามบริบท 2.4. โรงพยาบาลทุกระดับ มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว 3.มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรค ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 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 3.6 ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7) 3.7 ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1 3.8 ผู้สูงอายุ (อายุ > 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุ่มโรคตามข้อ 3.1-3.7 หรือภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส

	<p>R54 เข้าสู่ระยะประคับประคอง</p> <p>3.9 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ประคับประคองระยะท้าย</p> <p>4.มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่น ๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก/กระทรวงสาธารณสุข ในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก ออ. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน โดยใช้ Opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย</p> <p>5.มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน และบันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้มcommunity service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40)</p> <p>* เมื่อดำเนินการตามข้อ 4-5 หน่วยบริการประจำมีสิทธิได้รับค่าชดเชยค่าบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสชกำหนด</p> <p>6. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟีน และร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p>7.มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย)</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2567 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	ปีงบประมาณ 2568 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	ปีงบประมาณ 2569 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	ปีงบประมาณ 2570 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว และได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามแผน มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต</p>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคตามกลุ่มโรคที่กำหนดเข้าเกณฑ์การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย</p> <p>2. โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (รพศ./รพท./รพช.) รวม 9 แห่ง ร่วมพัฒนาการดูแลในรูปแบบเครือข่ายระดับอำเภอ/ จังหวัด</p>			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับอำเภอ/ จังหวัด จากระบบ Health data center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัด คือ กำกับ ดูแลการกรอกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลแฟ้มการวินิจฉัยโรค แฟ้มยา และแฟ้มการติดตามเยี่ยมบ้าน ใน 43 แฟ้ม ให้ครบถ้วน</p>			
แหล่งข้อมูล	<p>Health data center https://hdcservice.moph.go.th รายงานมาตรฐานข้อมูลตอบสนอง service plan สาขา Intermediate และ palliative care ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (workload)</p>			
เอกสารสนับสนุน	<p>1. มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พศ.2565. https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/ACP_Pages.pdf</p> <p>2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) กรมการแพทย์</p>			

	<p>3. คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/palliativecaredrug_system2561_edited030562.pdf)</p> <p>4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016 ที่ https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf</p> <p>5. 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>6. 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>7. Palliative care guideline, self-assessment workbook ศูนย์การรณรงค์ และกรมการแพทย์</p> <p>8. 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>9. World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf</p> <p>10. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p>													
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 รหัส Z71.8 เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ</p>													
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาลตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ ICD-10 C00-C96, D37-D48,I60-I69, F03, N18.5, J44, I50, K72, K70.4, K71.7 , B20-B24(ยกเว้น B23.0, B23.1),R54 และผู้ป่วยอายุ 0-14 ปี (ที่วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ</p>													
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>(A/B)×100</p>													
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p> <p>ร้อยละ</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50.53</td> <td>55.53</td> <td>61.07</td> </tr> </tbody> </table>			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2564	2565	2566	50.53	55.53	61.07
ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
2564	2565	2566												
50.53	55.53	61.07												
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>รายงานเป็นรายไตรมาส ทุกไตรมาส</p>													
<p>วิธีการประเมินผล</p>	<p>1. การนิเทศงาน โดยทีมนิเทศระดับจังหวัดจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 2. ระบบรายงาน ข้อมูล service plan การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองระดับจังหวัด</p>													
<p>เกณฑ์การประเมิน</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 5 เดือน</th> <th>รอบ 10เดือน</th> <th>รอบ 12เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 65</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70</td> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>			รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 10เดือน	รอบ 12เดือน	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 65	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70			
รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 10เดือน	รอบ 12เดือน											
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 65	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70											

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน :

วัดจากเกณฑ์การประเมิน แต่ละไตรมาส โดยผ่านเกณฑ์ที่ระดับ 5 คะแนน

รอบ/คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<30	30-39.99	40-49.99	50-59.99	≥60
5 เดือน	<35	35-44.99	45-54.99	55-64.99	≥65
10 เดือน	<40	40-49.99	50-59.99	60-69.99	≥70
12 เดือน	<40	40-49.99	50-59.99	60-69.99	≥70

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด : วัดจากจำนวน รพ. ที่ผ่านเกณฑ์คะแนนหน่วยงานที่ระดับ 5 คะแนน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	1 แห่ง	2 แห่ง	3 แห่ง	4 แห่ง	5 แห่ง
5 เดือน	1 แห่ง	2 แห่ง	3 แห่ง	4 แห่ง	5 แห่ง
10 เดือน	5 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง
12 เดือน	5 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	รอบ 3 เดือน ดำเนินงานผ่าน ร้อยละ ≥60 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ดำเนินงานผ่าน ร้อยละ ≥65 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ดำเนินงานผ่านร้อยละ ≥70 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ดำเนินงานผ่านร้อยละ ≥70 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	รอบ3 เดือน การประเมิน รพ.ผ่านเกณฑ์ จำนวน 5 แห่ง ที่ 5 คะแนน รอบ5 เดือน การประเมิน รพ.ผ่านเกณฑ์ จำนวน 5 แห่ง ที่ 5 คะแนน รอบ10 เดือน การประเมิน รพ.ผ่านเกณฑ์ จำนวน 9 แห่ง ที่ 5 คะแนน รอบ12 เดือน การประเมิน รพ.ผ่านเกณฑ์ จำนวน 9 แห่ง ที่ 5 คะแนน				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวสาวิณี ภูสันต์ โทรศัพท์ที่ทำงาน :038613430 ต่อ4101 กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ :098-935-2636 E-mail : qarayong09@gmail.com		

แผนงานที่	Plan 7.การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	
โครงการ	P15. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน	
ตัวชี้วัด	MOU_63 ระดับความสำเร็จการจัดบริการด้านชีวิภิบาล	
คำนิยาม	<p>1.สถานชีวิภิบาลคือ สถานที่ ที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เป็นการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตรวมถึงผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (กาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ)</p> <p>2.การบริการด้านชีวิภิบาล คือ ให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เป็นการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตรวมถึงผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (กาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ)</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้บริการด้านชีวิภิบาล CUP ละ 1 แห่ง 2. มีบริการ Hospital at Home / Home ward รพ.ละ 1 แห่ง 3. มีบริการคลินิกผู้สูงอายุใน รพ.ทุกแห่ง 	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	CUP ทุกแห่ง รวม 9 แห่ง (รพ./สสอ.)	
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	CUP ทุกแห่ง รวม 9 แห่ง (รพ./สสอ.)	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการรายงานและการนิเทศงาน	
แหล่งข้อมูล	รพ.ทุกแห่ง	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน CUP ที่ให้บริการด้านชีวิภิบาล	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน CUP ทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3,5,10,12 เดือน	
วิธีการประเมิน	ขั้นตอน	การดำเนินงาน
	1	มีคำสั่งคณะกรรมการ/คณะทำงานพัฒนาระบบบริการ สาขาชีวิภิบาล
	2	มีการประชุมคณะทำงานขับเคลื่อนตามแนวทาง
	3	มีการจัดตั้งศูนย์ชีวิภิบาลใน รพศ./ รพท./ รพช.ทุกแห่ง ตามข้อกำหนด
	4	มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียง
	5	มีการดูแลและติดตามเยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 70 ขึ้นไป
	6	มีบริการ Hospital at Home / Home ward
	7	มีบริการคลินิกผู้สูงอายุใน รพ.
	8	มีการให้บริการสถานชีวิภิบาล

เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	
	ข้อ 1-3	ข้อ 1-4	ข้อ 1-5	ข้อ 1-8	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน :					
วัดจากเกณฑ์การประเมิน แต่ละไตรมาส โดยผ่านเกณฑ์ที่ระดับ 5 คะแนน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	ข้อ 1	ข้อ 1-2	ข้อ 1-3
5 เดือน	-	ข้อ 1	ข้อ 1-2	ข้อ 1-3	ข้อ 1-4
10 เดือน	ข้อ 1	ข้อ 1-2	ข้อ 1-3	ข้อ 1-4	ข้อ 1-5
12 เดือน	ข้อ 1-4	ข้อ 1-5	ข้อ 1-6	ข้อ 1-7	ข้อ 1-8
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด : วัดจากจำนวน รพ. ที่ผ่านเกณฑ์คะแนนหน่วยงานที่ระดับ 5 คะแนน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	5 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง
5 เดือน	5 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง
10 เดือน	5 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง
12 เดือน	5 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	รอบ 3 เดือน รพ.ดำเนินงานผ่านข้อ 1-3 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน รพ.ดำเนินงานผ่านข้อ 1-4 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน รพ.ดำเนินงานผ่านข้อ 1-5 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน รพ.ดำเนินงานผ่านข้อ 1-8 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ทุกรอบการประเมิน รพ.ผ่านเกณฑ์ จำนวน 9 แห่ง ที่ 5 คะแนน				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวสาวิณี ภูสันต์		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
	โทรศัพท์มือถือ : 098-935-2636		E-mail: qarayong09@gmail.com		
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง				

แผนงานที่	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	P16 โครงการพัฒนาาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_64 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)
คำนิยาม	<p>การบริหารป็นสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารป็นสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางในรพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลัก ขึ้นต้นด้วย I60 - I69</p> <p>คำนิยามด้านการแพทย์แผนไทย</p> <p>อัมพฤกษ์ (Paresis) อัมพาต (paralysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้อง กับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตกหรือเกิดจาก สมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่า เกิดจากลมอโรคมวาตา และลมอุทังคมวาตา พัดระคนกัน (แพทยศาสตร์สงเคราะห์, 2542 : 2546) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U61.0 , U61.19</p> <p>การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย 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 - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - ผิงเข็ม 3. การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณานำยาในกลุ่มรายการยารักษาอาการกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ยาแก้ลมอัมพฤกษ์, ยาผสมโคคลาน, ยาผสมเถาว์ลยเปรียง, และยาสหัสธารา มาใช้เพื่อร่วมรักษาอาการของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (บัญชียาหลักแห่งชาติ, 2558) <p>เงื่อนไขการให้รหัสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แพทย์แผนปัจจุบัน ให้รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: I60

	<ul style="list-style-type: none"> - เลือดออกในสมองใหญ่: I61 - เลือดออกในกะโหลกศีรษะแบบอื่นที่ไม่เกิดจากการบาดเจ็บ: I62 - เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I63 - โรคอัมพาตเฉียบพลัน ไม่ระบุว่าจะเกิดจากเลือดออกหรือเนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I64 - การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงก่อนถึงสมอง ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I65 - การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงของสมอง แต่ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I66 - โรคหลอดเลือดสมองอื่น: I67 - โรคหลอดเลือดสมองในโรคที่จำแนกไว้ที่อื่น: I68 - ผลที่ตามมาของโรคหลอดเลือดสมอง: I69 <p>2. แพทย์แผนไทย ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส 3 ตัวหลัก ขึ้นต้นด้วย 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 - อัมพาตเฉพาแขน: U61.13 - อัมพาตเฉพาขา: U61.14 - อัมพาตหน้า: U61.15 - อัมพาตชนิดอื่น ที่ระบุรายละเอียด: U61.18 - อัมพาต ไม่ระบุรายละเอียด: U61.19 <p>ควบคุมกับการให้หัตถการแพทย์แผนไทย (900-77-00) ถึง (900-78-88) หรือให้หัตถการแพทย์แผนไทยควบคู่กับการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับที่มี รหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>3. แพทย์แผนจีน ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส 3 ตัวหลัก ขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 อย่างไรก็ดีอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และโรคตามมาจากรโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลมภายใน (Apoplectic wind stroke): U78.110 - อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Prodrome of wind stroke): U78.111 - โรคตามมาจากรโรคหลอดเลือดสมอง (Sequelae of wind stroke): U78.112 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณแขนง (Collateral stroke): U78.113 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณหลัก (เส้นจิง) โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการหนักขึ้น (Meridian stroke): U78.114 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะกลาง โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเบาว่าโรคหลอดเลือดสมองที่อวัยวะตัน (Bowel stroke): U78.115 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะตัน (Visceral stroke): U78.116 - อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): U78.117 <p>ควบคุมกับการให้หัตถการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู อย่างไรก็ดีอย่างหนึ่ง ดังนี้</p>
--	--

	9991801 Electro-acupuncture therapy 9991810 Single-handed needle insertion 9021801 Subcutaneous electro-needling 9991811 Double-handed needle insertion 9031801 Muscle electro-needling			
เกณฑ์เป้าหมาย	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีการดำเนินงานใน ข้อ 1 และ 2	ร้อยละ 8	ร้อยละ 9	ร้อยละ 10
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และชุมชน			
หน่วยบริการ ที่รับการประเมิน	รพศ. / รพท. / รพช. / รพ.สต. / สอน. / สสอ.ทุกแห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. ส่งเอกสารหลักฐานการดำเนินงาน ที่กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ			
แหล่งข้อมูล	1. Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจาก รพศ. / รพท. / รพช. / รพ.สต. / สอน. และ สสอ.ทุกแห่ง 3. คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก  4. แนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  5. คู่มือแนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู 			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย IMC ได้รับการบริการแพทย์แผนไทยฯ (คน) ที่มีประวัติวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลัก ขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ในพื้นที่รับผิดชอบ - ควบคู่กับการวินิจฉัย U61.0 ถึง U61.19 และให้หัตถการแผนไทย (100-77-00) ถึง (999-78-88) - หรือควบคู่กับการวินิจฉัย U78.110 ถึง U78.117 และให้หัตถการแพทย์แผนจีน 9991801 หรือ 9991810 หรือ 9021801 หรือ 9991811 หรือ 9031801 ใดๆอย่างหนึ่ง			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด (คน) ที่มีประวัติการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ในพื้นที่รับผิดชอบ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลา	รอบ 3 เดือน วันที่ 29 ธันวาคม 2566			
ประเมินผล	รอบ 6 เดือน วันที่ 25 มีนาคม 2567			

	รอบ 9 เดือน วันที่ 25 มิถุนายน 2567 รอบ 12 เดือน วันที่ 20 กันยายน 2567				
วิธีการประเมินผล	1. กลุ่มงานที่รับผิดชอบนำเข้าข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ในระบบรายงานมาตรฐาน 43 แพ้ม 2. กลุ่มงานการรับผิดชอบงานส่งข้อมูลผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การให้คะแนนตามรอบระยะเวลาการประเมินผล ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ttamrayong21000@gmail.com 3. กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ ประมวลผลข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แพ้ม				
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	มีการดำเนินงาน ข้อ 1 หรือ 2	-	มีการดำเนินงาน ข้อ 1 และ 2
6 เดือน	< ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	ร้อยละ 6	ร้อยละ 7	≥ ร้อยละ 8
9 เดือน	< ร้อยละ 6	ร้อยละ 6	ร้อยละ 7	ร้อยละ 8	≥ ร้อยละ 9
12 เดือน	< ร้อยละ 7	ร้อยละ 7	ร้อยละ 8	ร้อยละ 9	≥ ร้อยละ 10
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) 2. มี (ร่าง)แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (CPG) ของหน่วยบริการ สาธารณสุข และมีระบบส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สาธารณสุข	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ≥ ร้อยละ 8		ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ≥ ร้อยละ 9	1. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ≥ ร้อยละ 10 2. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (CPG) ของหน่วยบริการ สาธารณสุข และมีระบบส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สาธารณสุข	
การสรุปผลรวม ในภาพหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3, 6, 9, 12 เดือน ที่ 5 คะแนน				
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	มีการดำเนินงาน ข้อ 1 หรือ 2	-	มีการดำเนินงาน ข้อ 1 และ 2
6 เดือน	< ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	ร้อยละ 6	ร้อยละ 7	≥ ร้อยละ 8
9 เดือน	< ร้อยละ 6	ร้อยละ 6	ร้อยละ 7	ร้อยละ 8	≥ ร้อยละ 9
12 เดือน	< ร้อยละ 7	ร้อยละ 7	ร้อยละ 8	ร้อยละ 9	≥ ร้อยละ 10

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน การดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care)</p> <p>2. มี (ร่าง)แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (CPG) ของหน่วยบริการ สาธารณสุข และมีระบบ ส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สาธารณสุข</p>	<p>ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มี การวินิจฉัยโรคหลอดเลือด สมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วย การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก \geq ร้อยละ 8</p>	<p>ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มี การวินิจฉัยโรคหลอดเลือด สมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วย การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก \geq ร้อยละ 9</p>	<p>1. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือด สมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วย การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก \geq ร้อยละ 10</p> <p>2. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง (CPG) ของหน่วยบริการ สาธารณสุข และมีระบบ ส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ สาธารณสุข</p>
การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3, 6, 9, 12 เดือน ที่ 5 คะแนน		
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	<p>นางสาวเกศริทธิ์ ปิ่นอนงค์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มือถือ 093 - 925 - 5463 E-mail: ttamrayong21000@gmail.com</p> <p>นางสาวกฤษณา แสงนาค แพทย์แผนไทยชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มือถือ 084 -337 - 7918 E-mail: ttamrayong21000@gmail.com</p>		

แผนงานที่	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	P16 โครงการพัฒนาาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ตัวชี้วัด	MOU_65 ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการ
คำนิยาม	<p>1. หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง การบริการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงงานเชิงรุกในชุมชน โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การประคบสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การบำบัดมือเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง - การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน <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

รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081)

1100 ผู้ป่วยได้รับการนัดเพื่อการรักษาที่บ้าน

1101 การบริการนัดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน

1102 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน

11020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน

1103 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน

1104 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน

1105 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน

11050 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอาบน้ำสมุนไพรที่บ้าน

11051 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน

11052 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่บ้าน

11053 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านมที่บ้าน

11058 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่นที่บ้าน

1106 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการทักหม้อเกลือที่บ้าน

11060 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน

1107 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน

11070 การให้คำแนะนำการสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน

11071 การให้คำแนะนำหญิงหลังคลอดและการบริหารร่างกายด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน

1108 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่บ้าน

11080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน

11081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน

รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183)

11100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)

11101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย นวด กษัยปัจเวช เป็นต้น

11102 การให้บริการสมาธิบำบัด

11103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)

11104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนฟแอสซิสต์ (Nerve Assist)

11105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)

11110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy)

11111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต(Ketogenic Diet)/อาหารพร่องแป้ง(Low-Caeb Diet)

11112 การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics)


11113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน – เย็น

11180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)

11181 การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น

11182 การให้บริการกัวซา (Guasa)

	<p>11183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับ สมดุลร่างกาย ด้วยอาหาร และสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาวะที่ดี)</p> <p>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย เช่น ผิงเซ็ม การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78 2. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification / Syndrome differentiation in Chinese Medicine): U79 													
เกณฑ์เป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> - รพศ./ รพท. อย่างน้อยร้อยละ 12 - รพช. อย่างน้อยร้อยละ 20 - รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ 40 													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ													
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพศ. / รพท. / รพช. / รพ.สต. / สอน. และ สสอ. ทุกแห่ง													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลในระบบรายงานมาตรฐาน 43 แพ้ม กระทรวงสาธารณสุข													
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. 43 แพ้ม(PERSON/PROVIDER/SERVICE/DIAGNOSIS_OPD/DRUG_OPD/PROCEDURE_OPD/ COMMUNITY_SERVICE) 2. ข้อมูลจาก รพศ. / รพท. / รพช. / รพ.สต. / สอน. และ สสอ. ทุกแห่ง 													
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือ U78 ถึง U79 หรือการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือการให้หัตถการ (100-77-00 ถึง 999-78-88) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (100-79-00 ถึง 999-79-99) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183) อย่างไรก็ดีอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ หากมีการลงหัตถการหรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า 1 รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ 1 ครั้ง (visit)</p>													
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทยที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือแพทย์แผนจีน ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U78 ถึง U79</p>													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 50%;">Baseline Data</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" style="width: 40%;">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;">2564</th> <th style="width: 10%;">2565</th> <th style="width: 10%;">2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการด้วยการรักษาด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</td> <td>ร้อยละ</td> <td style="text-align: center;">16.73</td> <td style="text-align: center;">14.33</td> <td style="text-align: center;">17.00</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2564	2565	2566	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการด้วยการรักษาด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	16.73	14.33	17.00
Baseline Data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน										
		2564	2565	2566										
ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการด้วยการรักษาด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	16.73	14.33	17.00										

ระยะเวลา ประเมินผล	รอบ 6 เดือน วันที่ 25 มีนาคม 2567 รอบ 12 เดือน วันที่ 20 กันยายน 2567
วิธีการประเมินผล	1. กลุ่มงานที่รับผิดชอบงานนำเข้าข้อมูลผู้รับบริการทั้งหมดได้รับบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ในระบบบันทึกข้อมูลในระบบรายงานมาตรฐาน 43 เพิ่ม 2. กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ ประมวลผลข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 เพิ่ม
เอกสารสนับสนุน	1. แนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 2. คู่มือ ICD-10-TM รหัสกลุ่มโรค อาการ และหัตถการด้านการแพทย์แผนไทย 3. รหัสกลุ่มโรค อาการ และหัตถการด้านการแพทย์แผนไทย (เพิ่มเติม ลงวันที่ 12 มิ.ย.66) 

เกณฑ์การประเมิน

หน่วยบริการ	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
รพศ. / รพท.	ร้อยละ 6	ร้อยละ 12
รพช.	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20
รพ.สต.	ร้อยละ 38	ร้อยละ 40

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบ 6 เดือน					
รพศ. / รพท.	< ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	ร้อยละ 4	ร้อยละ 5	≥ ร้อยละ 6
รพช.	< ร้อยละ 5.5	ร้อยละ 5.5	ร้อยละ 7	ร้อยละ 8.5	≥ ร้อยละ 10
รพ.สต.	< ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 26	ร้อยละ 32	≥ ร้อยละ 38
รอบ 12 เดือน					
รพศ. / รพท.	< ร้อยละ 6	ร้อยละ 6	ร้อยละ 8	ร้อยละ 10	≥ ร้อยละ 12
รพช.	< ร้อยละ 11	ร้อยละ 11	ร้อยละ 14	ร้อยละ 17	≥ ร้อยละ 20
รพ.สต.	< ร้อยละ 22	ร้อยละ 22	ร้อยละ 28	ร้อยละ 34	≥ ร้อยละ 40

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบ 6 เดือน	< ร้อยละ 2	ร้อยละ 2	ร้อยละ 4	ร้อยละ 6	≥ ร้อยละ 8
รอบ 12 เดือน	< ร้อยละ 4	ร้อยละ 4	ร้อยละ 8	ร้อยละ 12	≥ ร้อยละ 16

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	รอบ 6, 12 เดือน ผ่านเกณฑ์การประเมิน ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	รอบ 6 เดือน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 8 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 16 ที่ 5 คะแนน
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวเกศริลรัตน์ ปิ่นอนงค์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์ที่ทำงาน 062-249-1517 โทรศัพท์มือถือ 093-925-5263 E-mail: ttamrayong21000@gmail.com นางสาววารภรณ์ แก้วเชือกหนึ่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์ที่ทำงาน 062-249-1517 โทรศัพท์มือถือ 064 - 194 - 1525 E-mail: waraporn.lukpad@gmail.com

แผนงานที่	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	P16 โครงการพัฒนาาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
ตัวชี้วัด	MOU_66 ร้อยละของปริมาณการใช้ยาสมุนไพรเทียบกับจำนวนการส่งจ่ายยาทั้งหมด				
คำนิยาม	จำนวน (ครั้ง) ของผู้ให้บริการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 เทียบกับจำนวนการส่งจ่ายยาทั้งหมด ที่มีรหัส 24 หลักขึ้นต้นด้วย 10, 11, 12, 14, 18, 20, 21, 22, 24, 30, 31, 32, 34, 41, 42				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 10				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล				
หน่วยบริการ ที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มรายงานมาตรฐาน >การเข้าถึงบริการ >แพทย์แผนไทย >1.19 ปริมาณการใช้ยาสมุนไพร เทียบกับจำนวนการส่งจ่ายยาทั้งหมด รายปีงบประมาณ)				
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลจาก รพศ. / รพท. / รพช. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รายการยาสมุนไพรที่สามารถใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวน 31 รายการ ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผ่านเว็บไซต์ : https://www.dtam.moph.go.th/index.php/en/department/bos/42-download/4256-dl0055  ข้อมูลยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรที่มีโอกาสใช้แทนยาแผนปัจจุบัน ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผ่านเว็บไซต์ : https://www.dtam.moph.go.th/images/download/dl0055-12122561_2.pdf  คู่มือประกอบการใช้บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ.2564 ผ่านเว็บไซต์ : https://ockt.dtam.moph.go.th/index.php/clinic/307-2564-2  				
รายการข้อมูล 1 (จำนวนครั้ง)	A = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42				
รายการข้อมูล 2 (จำนวนครั้ง)	B = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการส่งจ่ายยาทั้งหมด ที่มีรหัส 24 หลักที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 10, 11, 12, 14, 18, 20, 21, 22, 24, 30, 31, 32, 34, 41, 42				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline Data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน		
	ร้อยละของปริมาณการใช้ยาสมุนไพรเทียบกับ จำนวนการส่งจ่ายยาทั้งหมด	ร้อยละ	2564	2565	2566
			4.25	12.75	14.78

ระยะเวลา ประเมินผล	รอบ 6 เดือน วันที่ 25 มีนาคม 2567 รอบ 12 เดือน วันที่ 20 กันยายน 2567				
วิธีการประเมินผล	ประมวลผลข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม				
เกณฑ์การประเมิน					
หน่วยบริการ	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน			
รพศ./รพท./รพช.	≥ ร้อยละ 8	≥ ร้อยละ 10			
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบ 6 เดือน	< ร้อยละ 2	ร้อยละ 2	ร้อยละ 4	ร้อยละ 6	≥ ร้อยละ 8
รอบ 12 เดือน	< ร้อยละ 4	ร้อยละ 4	ร้อยละ 6	ร้อยละ 8	≥ ร้อยละ 10
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของปริมาณการใช้ยาสมุนไพรเทียบกับจำนวนการส่งจ่ายยาทั้งหมดผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน มีการรายงานความปลอดภัยของการใช้ยาสมุนไพร รายเดือน มีการรายงานคลินิกเฉพาะโรคด้านการแพทย์แผนไทย รายไตรมาส มีเอกสารและนำเสนอ งานประจำสู่งานวิจัย (R2R) หรืองานวิจัย หรืองานนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทย 1 เรื่อง 				
การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด	รอบ 6 เดือน ผ่านเกณฑ์ ≥ ร้อยละ 8 รอบ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ ≥ ร้อยละ 10				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวเกศริทธิ์ ปิ่นอนงค์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ 093 – 925 – 5263 E-mail: ttamrayong21000@gmail.com นางสาวอุบลรัตน์ เพ็ชรรัตน์ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ 092 – 616 – 4081 E-mail: ttamrayong21000@gmail.com				

แผนงานที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	P16 โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ตัวชี้วัด	MOU_67 ระดับความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงานด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย หมายถึง พื้นความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย 2. การแพทย์แผนไทย หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์หรือสัตว์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้หมายความรวมถึงการเตรียมการผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้ โดยอาศัยความรู้ หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา 3. ตำราการแพทย์แผนไทย หมายถึง หลักวิชาการต่างๆเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ทั้งที่ได้บันทึกไว้ในสมุดไทย ใบลาน ศิลาจารึก หรือวัสดุอื่นใดหรือที่มีได้มีการบันทึกกันไว้ แต่เป็นการเรียนรู้หรือถ่ายทอดสืบต่อกันมาไม่ว่าด้วยวิธีใด 4. ยาแผนไทย หมายถึง ยาที่ได้จากสมุนไพรโดยตรงหรือที่ได้จากการปรุงผสมหรือแปรรูปสมุนไพร และให้หมายความรวมถึงยาแผนโบราณตามกฎหมายว่าด้วยยา 5. ตำรับยาแผนไทย หมายถึง สูตรซึ่งระบุกรรมวิธีการผลิตและส่วนประกอบสิ่งปรุง ที่มียาแผนไทยรวมอยู่ด้วยไม่ว่าสิ่งปรุงนั้นจะมีรูปลักษณะใด 6. บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหมอพื้นบ้าน กลุ่มนักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย กลุ่มผู้แทนองค์การเอกชนพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย กลุ่มผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพร กลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาสมุนไพร กลุ่มผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ 7. หมอพื้นบ้าน หมายถึง บุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์พื้นบ้านตามวัฒนธรรมของชุมชนสืบทอดกันมานานเป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชน 8. นักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บุคคลซึ่งมีประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทย หรือมีผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่เผยแพร่ต่อสาธารณชนหรือได้รับการยกย่องจากสาธารณชนว่ามีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญและเชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย 9. ผู้แทนองค์การเอกชนพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง ผู้แทนองค์การเอกชนพัฒนาที่เกี่ยวข้องด้านการแพทย์แผนไทยที่ไม่แสวงผลกำไร หรือผู้แทนองค์การที่ได้รับการรับรองจากนายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด หรือได้รับการรับรองจากองค์การเอกชนพัฒนาดังกล่าวอย่างน้อย 2 องค์การ และมีกิจกรรมต่อเนื่องในด้านการแพทย์แผนไทยมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี มีสถานที่ตั้งที่ทำการชัดเจน 10. ผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพร หมายถึง เป็นผู้ปลูกหรือแปรรูปสมุนไพรที่ได้รับการรับรองจากกลุ่มผู้ปลูกหรือแปรรูปสมุนไพรที่มีสถานที่ตั้งที่ทำการชัดเจนและเป็นกิจการของคนไทยที่มีการปลูกหรือแปรรูปอย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี 11. ผู้ผลิตหรือผู้จำหน่ายยาแผนไทย หมายถึง เป็นผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทยที่ได้รับการรับรองจากกลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทยที่มีสถานที่ตั้งที่ทำการที่ชัดเจน และมีการผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทยอย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี

	<p>12. ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หมายถึง บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียน และรับอนุญาต เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ จากคณะกรรมการวิชาชีพ</p> <p>13. การนำภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยไปใช้ประโยชน์</p> <p>13.1 ใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพประชาชน/ชุมชน (ส่งเสริม/ ป้องกัน/รักษา/ ฟื้นฟู)/ส่งเสริมเศรษฐกิจ หรือ</p> <p>13.2 ใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาต่อยอด เช่น พัฒนารูปแบบยาให้ง่ายต่อการนำไปใช้ (ยาน้ำสำหรับทา, สเปรย์ฉีดพ่นเฉพาะที่, ยาผง, ยาแคปซูล) หรือ</p> <p>13.3 ใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัย เช่น วิจัย, R2R หรือ</p> <p>13.4 ใช้ประโยชน์ในการบูรณาการการรักษาร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น การดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาตด้วยแพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน และนักเทคนิคการแพทย์</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	มีการดำเนินการตามเงื่อนไขตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 – 5				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตำราการแพทย์แผนไทย 2. ตำรับยาแผนไทย 3. บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย 6 กลุ่ม 4. ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	อำเภอ (รวม รพ.สต. นอกสังกัด)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกตามประเภทของข้อมูล 2. ส่งเอกสารหลักฐานการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน ที่กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ ดังนี้ - รอบ 5 เดือน ส่งภายในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2567 - รอบ 10 เดือน ส่งภายในวันที่ 19 กรกฎาคม 2567 				
แหล่งข้อมูล	อำเภอ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
		ระดับความสำเร็จ	2564	2565	2566
			5	5	5
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 5 เดือน	วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2567			
	รอบ 10 เดือน	วันที่ 19 กรกฎาคม 2567			
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
การดำเนินงาน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบ 5 เดือน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
รอบ 10 เดือน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน			
ขั้นตอน ที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	จัดทำทะเบียนข้อมูลบุคลากร ด้านการแพทย์แผนไทย 6 กลุ่ม ทั้งราย ใหม่ และการปรับปรุงข้อมูลให้เป็น ปัจจุบัน <u>ตามแบบฟอร์มที่กำหนด</u>	1	ส่งสรุปและบันทึกข้อมูลบุคลากร ด้านการแพทย์แผนไทย 6 กลุ่ม เป็นปัจจุบัน <u>ตามแบบฟอร์มที่กำหนด (ไฟล์ Excel)</u> ส่งตามกำหนดเวลาครบถ้วนถูกต้อง
2	คัดเลือกภูมิปัญญาด้านการแพทย์ แผนไทยหรือภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ที่จะนำไปใช้ประโยชน์	1	มีรายชื่อภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย หรือภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านที่ใช้ ประโยชน์ จำนวน 1 เรื่อง
3	จัดทำข้อมูลทั่วไปของภูมิปัญญา ด้านการแพทย์แผนไทยหรือภูมิปัญญา การแพทย์พื้นบ้านที่จะนำไปใช้ประโยชน์ <u>ตามแบบฟอร์มที่กำหนด</u>	1	มีเอกสารข้อมูลภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผน ไทยหรือภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ที่จะ นำไปใช้ประโยชน์ (ในเชิงคุณภาพ) <u>ตามแบบฟอร์มที่กำหนด</u> จำนวน 1 เรื่อง
4	แนวทางการนำภูมิปัญญา ด้านการแพทย์แผนไทยหรือภูมิปัญญา การแพทย์พื้นบ้านที่คัดเลือกไปใช้บูรณา การรักษาร่วมกับวิชาชีพในระบบ สาธารณสุข และชุมชนหรือพัฒนาต่อยอด เพื่อใช้ประโยชน์ (เชิงคุณภาพ)	1	มีเอกสารแนวทางการวางแผนพัฒนาเพื่อ นำภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยหรือ ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านที่คัดเลือก ไปใช้บูรณาการรักษาร่วมกับวิชาชีพ ในระบบสาธารณสุข และชุมชน หรือพัฒนา ต่อยอดเพื่อใช้ประโยชน์ (เชิงคุณภาพ) (แยกเป็นรายไตรมาส 1- 4)
5	ผลการดำเนินงาน <u>รอบ 5 เดือน</u> ทำหนังสือจาก สสอ. หรือ รพ. แจ้งคณะกรรมการหมู่บ้านหรือ อปท. เพื่อนำรายชื่อหมอพื้นบ้านที่มีคุณสมบัติ ครบตามเกณฑ์การประเมินเข้าที่ประชุม <u>รอบ 10 เดือน</u> 5.1 มีหมอพื้นบ้านที่ได้รับการรับรองจาก ที่ประชุมคณะกรรมการหมู่บ้าน หรือ อปท. เรียบร้อยแล้ว พร้อมเอกสารที่ ครบถ้วน 5.2 นำภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย หรือภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ที่คัดเลือกไปใช้บูรณาการรักษาร่วมกับ วิชาชีพในระบบสาธารณสุข และชุมชน หรือพัฒนาต่อยอดเพื่อใช้ประโยชน์ (เชิงคุณภาพ)	1	ส่งรายชื่อหมอพื้นบ้านเข้าที่ประชุม คณะกรรมการหมู่บ้าน หรือ อปท. $1 \text{ ราย} = 0.5 \text{ คะแนน}$ $\geq 2 \text{ ราย} = 1 \text{ คะแนน}$ - สรุปรายงานการประชุมของคณะกรรมการ หมู่บ้าน หรือ อปท. = 0.5 คะแนน (กำหนดส่งภายในวันที่ 21 มิ.ย. 2567) - มีเอกสารหลักฐานแสดงการนำภูมิปัญญา ด้านการแพทย์แผนไทยหรือภูมิปัญญา การแพทย์พื้นบ้านที่คัดเลือกไปใช้บูรณาการ รักษาร่วมกับวิชาชีพในระบบสาธารณสุข และ ชุมชน หรือพัฒนาต่อยอดเพื่อใช้ประโยชน์ (เชิงคุณภาพ) พร้อมทั้งประเมินผลความสำเร็จ ของการดำเนินงานตามแผน = 0.5 คะแนน

การสรุปผลรวม ในภาพหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 5 เดือน ที่ขั้นตอนที่ 5 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ขั้นตอนที่ 5 ที่ 5 คะแนน		
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด			
ขั้นตอน ที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	ทะเบียนบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย 6 กลุ่ม แยกเป็นรายอำเภอ ที่เป็นปัจจุบัน	1	มีทะเบียนบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย 6 กลุ่ม ≤ 7 อำเภอ = 0.5 คะแนน 8 อำเภอ = 1 คะแนน
2	ภูมิปัญญาด้านการแพทย์ แผนไทยหรือภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ที่จะนำไปใช้ประโยชน์	1	มีรายชื่อภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย หรือภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านที่จะนำไป ใช้ประโยชน์ ≤ 3 เรื่อง = 0.5 คะแนน ≥ 4 เรื่อง = 1 คะแนน
3	ข้อมูลทั่วไปของภูมิปัญญา ด้านการแพทย์แผนไทยหรือภูมิปัญญา การแพทย์พื้นบ้านที่จะนำไปใช้ประโยชน์	1	สรุปข้อมูลภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย หรือภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านที่จะนำไปใช้ ประโยชน์และจัดทำข้อมูลทั่วไป ≤ 3 เรื่อง = 0.5 คะแนน ≥ 4 เรื่อง = 1 คะแนน
4	ข้อมูลภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย หรือภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านที่ คัดเลือกไปบูรณาการรักษาร่วมกับวิชาชีพ ในระบบสาธารณสุข และชุมชน	1	สรุปข้อมูลแนวทางการวางแผนพัฒนา เพื่อนำภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย หรือภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านที่คัดเลือกไป ใช้บูรณาการรักษาร่วมกับวิชาชีพในระบบ สาธารณสุข และชุมชน หรือพัฒนาต่อยอด เพื่อใช้ประโยชน์ (เชิงคุณภาพ) ≤ 3 เรื่อง = 0.5 คะแนน ≥ 4 เรื่อง = 1 คะแนน
5	<u>ผลการดำเนินงาน</u> <u>รอบ 5 เดือน</u> มีรายชื่อหมอพื้นบ้านที่มีคุณสมบัติ ครบตามเกณฑ์การประเมินเข้าที่ประชุม	1	มีรายชื่อหมอพื้นบ้านที่มีคุณสมบัติ ครบตามเกณฑ์การประเมินเข้าที่ประชุม ≤ 2 ราย = 0.25 คะแนน 3 ราย = 0.5 คะแนน 4 ราย = 0.75 คะแนน ≥ 5 ราย = 1 คะแนน

ขั้นตอน ที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
5	<p><u>ผลการดำเนินงาน (ต่อ)</u> <u>รอบ 10 เดือน</u></p> <p>5.1 มีหมอพื้นบ้านที่ได้รับการรับรอง</p> <p>5.2 นำภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยหรือภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านที่คัดเลือกไปใช้บูรณาการรักษาร่วมกับวิชาชีพในระบบสาธารณสุข และชุมชนหรือพัฒนาต่อยอดเพื่อใช้ประโยชน์ (เชิงคุณภาพ)</p>		<p>- มีหมอพื้นบ้านที่ได้รับการรับรองจากที่ประชุมคณะกรรมการหมอพื้นบ้านพร้อมทั้งเอกสารที่ครบถ้วน</p> <p style="text-align: center;">≤ 4 ราย = 0.25 คะแนน ≥ 5 ราย = 0.5 คะแนน</p> <p>- สรุปข้อมูลการนำภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยหรือภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านที่คัดเลือกไปใช้บูรณาการรักษาร่วมกับวิชาชีพในระบบสาธารณสุข และชุมชน หรือพัฒนาต่อยอดเพื่อใช้ประโยชน์ (เชิงคุณภาพ)</p> <p style="text-align: center;">≥ 3 เรื่อง = 0.5 คะแนน</p>
การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้		
	<p style="text-align: center;">รอบ 5 เดือน ที่ขั้นตอนที่ 5 ที่ 3 คะแนน</p> <p style="text-align: center;">รอบ 10 เดือน ที่ขั้นตอนที่ 5 ที่ 4 คะแนน</p>		
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	<p>นางเกศริลรัตน์ ปิ่นอนงค์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มือถือ 093-925-5463 E-mail: ttamrayong21000@gmail.com</p> <p>นางสาวจุฑารัตน์ เขียวณรงค์กร นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มือถือ 062-249-1517 E-mail : ttamrayong21000@gmail.com</p>		

แผนงาน	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการ 17	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช			
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_68 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต			
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x</p> <p>เข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :	ปีงบประมาณ 67 ≥ร้อยละ 83	ปีงบประมาณ 68 ≥ร้อยละ 86	ปีงบประมาณ 69 ≥ร้อยละ 89	ปีงบประมาณ 70 ≥ร้อยละ 89
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษา มีมาตรฐานต่อเนื่อง ลดความรุนแรง			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดของประเทศไทย ณ วันรับบริการ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x			
หน่วยรับประเมิน	ประเมินภาพรวม CUP โดยประเมินรวม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังท้องถิ่นทั้งหมด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีประมาณ 2566 ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณของจังหวัดที่ รับผิดชอบในเขตสุขภาพ จากความชุกที่ได้จากการสำรวจระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต (2.4 % ของประชากรกลางปี 2566 ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป)			
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนที่ 3 เดือน, 5 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน, 10 เดือน และ 12 เดือน			
วิธีการประเมิน	จากระบบรายงานข้อมูล HDC			
วิธีการประเมินผล :	กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข			
เอกสารสนับสนุน :	ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
			พ.ศ.			
				2564	2565	2566
	ร้อยละการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด	ร้อยละ	83.54	86.73	71.74	
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2567:						
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 83	ร้อยละ 83	ร้อยละ 83
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	3 เดือน	<45%	45 - 49.99%	50 - 54.99%	55 - 59.99%	>60%
	5 เดือน	<55%	55 - 59.99%	60 - 64.99%	65 - 69.99%	>70%
	6 เดือน	<65%	65 - 69.99%	70 - 74.99%	75 - 79.99%	>80%
	9 เดือน	<68%	68 - 72.99%	73 - 77.99%	78 - 82.99%	>83%
	10 เดือน	<68%	68 - 72.99%	73 - 77.99%	78 - 82.99%	>83%
	12 เดือน	<68%	68 - 72.99%	73 - 77.99%	78 - 82.99%	>83%
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	3 เดือน	<45%	45 - 49.99%	50 - 54.99%	55 - 59.99%	>60%
	5 เดือน	<55%	55 - 59.99%	60 - 64.99%	65 - 69.99%	>70%
	6 เดือน	<65%	65 - 69.99%	70 - 74.99%	75 - 79.99%	>80%
	9 เดือน	<68%	68 - 72.99%	73 - 77.99%	78 - 82.99%	>83%
	10 เดือน	<68%	68 - 72.99%	73 - 77.99%	78 - 82.99%	>83%
	12 เดือน	<68%	68 - 72.99%	73 - 77.99%	78 - 82.99%	>83%
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 60 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 70 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 80 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 83 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 83 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 61 ที่ 5 คะแนน					
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 60 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 70 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 80 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 83 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 83 ที่ 5 คะแนน					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางชนาธิป วัฒนนภาเกษม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์มือถือ 08 1758 6270 E-mail : Chanatip.jim@gmail.com					

แผนงาน	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)								
โครงการ 17	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช								
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_69 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน								
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x</p> <p>อาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน หมายถึง ผู้ป่วยโรค Depressive Disorder ที่รับบริการใหม่และรายเก่า ที่มารับบริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรก ในสถานบริการ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม ถึง สิ้นเดือนกุมภาพันธ์ของทุกปี ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ถึงสิงหาคม ของทุกปี จากสถานบริการใดก็ได้ (พบแพทย์/ ปรึกษา/ มารับบริการ อื่นๆ เช่น ปรึกษาทางไปรษณีย์ การรักษาทางไกล Tele-psychiatry/ การออกเยี่ยมผู้ป่วย) อย่างน้อย 2 ครั้ง และมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามลดลงตั้งแต่ 1 ระดับขึ้นไป ในระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่มารับบริการครั้งแรกในปีงบประมาณ 2567</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>≥ร้อยละ 55</td> <td>≥ร้อยละ 58</td> <td>≥ร้อยละ 61</td> <td>≥ร้อยละ 64</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	≥ร้อยละ 55	≥ร้อยละ 58	≥ร้อยละ 61	≥ร้อยละ 64
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70						
≥ร้อยละ 55	≥ร้อยละ 58	≥ร้อยละ 61	≥ร้อยละ 64						
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการจากสถานบริการได้รับการรักษาต่อเนื่อง (พบแพทย์/ ปรึกษา/ มารับบริการอื่นๆ เช่น ปรึกษาทางไปรษณีย์ การรักษาทางไกล Telepsychiatry/ การออกเยี่ยมผู้ป่วย) อย่างน้อย 2 ครั้ง และมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามลดลง ตั้งแต่ 1 ระดับขึ้นไป ในระยะเวลา 6 เดือน จากสถานบริการใดก็ได้								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดของประเทศไทย ณ วันรับบริการ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x								
หน่วยรับประเมิน	ประเมิน CUP/โรงพยาบาล/สสอ./ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังท้องถิ่นทั้งหมด								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข								
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x) ตาม B ได้รับการรักษาต่อเนื่องจากสถานบริการใดก็ได้ ภายใน 1 ตุลาคม ถึง สิ้นเดือนสิงหาคม อย่างน้อย 2 ครั้ง และมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามลดลงตั้งแต่ 1 ระดับขึ้นไป ในระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่มารับบริการครั้งแรกในปีงบประมาณ 2567								

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ ที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2567 จากสถานบริการทั้งหมด ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (หน่วยคน) ไม่นับซ้ำในกรณีถูกนับเป็น B จากสถานบริการทั้งหมดแล้วตาม First visit				
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนที่ 5 เดือน , 6 เดือน , 9 เดือน , 10 เดือน และ 12 เดือน				
วิธีการประเมิน	จากระบบรายงานข้อมูล HDC				
วิธีการประเมินผล :	กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณพ.ศ. 2566		
	ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา	ร้อยละ	49.30 (รพจ. 14 แห่ง) ฐานข้อมูลHDC (ข้อมูล ณ วันที่ 4 ก.ย.65)		
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2567:					
3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
-	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 55	ร้อยละ 55
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	<30%	30 - 34.99%	35 - 39.99%	40 - 44.99%	>45%
6 เดือน	<35%	35 - 39.99%	40 - 44.99%	45 - 49.99%	>50%
9 เดือน	<40%	40 - 44.99%	45 - 49.99%	50 - 54.99%	>55%
10 เดือน	<40%	40 - 44.99%	45 - 49.99%	50 - 54.99%	>55%
12 เดือน	<40%	40 - 44.99%	45 - 49.99%	50 - 54.99%	>55%
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	<30%	30 - 34.99%	35 - 39.99%	40 - 44.99%	>45%
6 เดือน	<35%	35 - 39.99%	40 - 44.99%	45 - 49.99%	>50%
9 เดือน	<40%	40 - 44.99%	45 - 49.99%	50 - 54.99%	>55%
10 เดือน	<40%	40 - 44.99%	45 - 49.99%	50 - 54.99%	>55%
12 เดือน	<40%	40 - 44.99%	45 - 49.99%	50 - 54.99%	>55%

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 60 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 70 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 80 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 83 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 83 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 61 ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 60 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 70 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 80 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 83 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ ≥ 83 ที่ 5 คะแนน
หมายเหตุ	-
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางชนาธิป วัฒนนภาเกษม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์มือถือ 08 1758 6270 E-mail : Chanatip.jim@gmail.com

แผนงาน	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการ 17	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช		
ตัวชี้วัด	MOU_70 ร้อยละของการคัดกรองโรคซึมเศร้า (รวม 3 กลุ่มเป้าหมาย) 70.1) ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุ+ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ Type 1 และ 3 ที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2 Q) 70.2) ร้อยละ 2.ของจำนวนผู้สูงอายุ+ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ Type 1 และ 3 ที่ได้รับการประเมินซึมเศร้าด้วยแบบประเมินซึมเศร้า 9 คำถาม 9Q		
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศของ องค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x ประชากร 3 กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 2Q และพบปัญหาสุขภาพจิต มีความเสี่ยง ประเมินด้วย 9Q แล้วมีความเสี่ยง มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ได้รับการดูแล ให้สุขภาพจิตศึกษา ให้บริการให้คำปรึกษา / ประเมิน 9Q ซ้ำ /ส่งต่อ รักษาวินิจฉัยโดยแพทย์ จิตแพทย์ จากโรงพยาบาล รัฐบาลและเอกชน หรือคลินิกแพทย์ ตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต		
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากร 3 กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ type 1 และ 3		
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	CUP (โรงพยาบาลและ สสอ.) และ รพ.สต. ทุกแห่ง โดยประเมินรวม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังท้องถิ่นทั้งหมด		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการคัดกรองโรคซึมเศร้ามารวม 3 กลุ่มเป้าหมาย ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้าน ในจังหวัดของประเทศไทย ณ วันรับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขหรือคัดกรอง/ประเมินสุขภาพจิต บูรณาการกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การให้บริการสาธารณสุขอื่นๆ และ บันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10)		
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุข (HDC) 43 แห่ง		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุ+ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ type 1 และ 3 ที่ได้รับการประเมินซึมเศร้าวด้วยแบบประเมินซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุ+ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ type 1 และ 3 ทั้งหมด		
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้สูงอายุ+ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ type 1 และ 3 ที่มีผลการประเมินซึมเศร้า 2 คำถาม ผิดปกติ ได้รับการประเมินซึมเศร้าวด้วยแบบประเมินซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)		

รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้สูงอายุ+ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ type 1 และ 3 ที่มีผล 9 คำถาม (9Q) ผิดปกติทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการประเมิน 2 Q = (A/B) x 100 2. ร้อยละกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการประเมิน 9 Q = (C/D) x 100					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	1. ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุ+ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ type 1 และ 3 ที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2 Q)					
	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	
	จำนวนผู้สูงอายุ+ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + หญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการคัดกรอง 2Q	ร้อยละ	82.39	97.75	72.28	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566 รอบ 5 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 20 กุมภาพันธ์ 2567 รอบ 6 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 20 มีนาคม 2567 รอบ 9 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 20 มิถุนายน 2567 รอบ 10 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 20 กรกฎาคม 2567 รอบ 12 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 20 กันยายน 2567					
วิธีการประเมิน	จากระบบรายงานข้อมูล HDC					
เกณฑ์การประเมิน	1) ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุ+ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ type 1 และ 3 ที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2 Q)					
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
	2) ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุ+ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ type 1 และ 3 ที่ได้รับการประเมินซึมเศร้าด้วยแบบประเมินซึมเศร้า 9 คำถาม 9Q					
3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
1. ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุ+ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ type 1 และ 3 ที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2 Q)						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	<35%	35 – 39.99%	40 - 44.99%	45 - 49.99%	>50%	
5 เดือน	<45%	45 – 49.99%	50 - 54.99%	55 - 59.99%	>60%	
6 เดือน	<55%	55 – 59.99%	60 - 64.99%	65 - 69.99%	>70%	
9 เดือน	<65%	65 – 69.99%	70 - 74.99%	75 - 79.99%	>80%	
10 เดือน	<75%	75 – 79.99%	80 - 84.99%	85 - 89.99%	>90%	
12 เดือน	<75%	75 – 79.99%	80 - 84.99%	85 - 89.99%	>90%	

2. ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุ+ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ type 1 และ 3 ที่ได้รับการประเมินชิมสเตร้าด้วยแบบประเมินชิมสเตร้า 9 คำถาม 9Q

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<35%	35 – 39.99%	40 - 44.99%	45 - 49.99%	>50%
5 เดือน	<45%	45 – 49.99%	50 - 54.99%	55 - 59.99%	>60%
6 เดือน	<55%	55 – 59.99%	60 - 64.99%	65 - 69.99%	>70%
9 เดือน	<65%	65 – 69.99%	70 - 74.99%	75 - 79.99%	>80%
10 เดือน	<75%	75 – 79.99%	80 - 84.99%	85 - 89.99%	>90%
12 เดือน	<75%	75 – 79.99%	80 - 84.99%	85 - 89.99%	>90%

หมายเหตุ นำคะแนนที่ได้จากข้อ 1 + 2 แล้วนำมาหาร 2 จะได้คะแนนตามผลการประเมิน

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

1 ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุ+ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ type 1 และ 3 ที่ได้รับการคัดกรองโรคชิมสเตร้า (2 Q)

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<35%	35 – 39.99%	40 - 44.99%	45 - 49.99%	>50%
5 เดือน	<45%	45 – 49.99%	50 - 54.99%	55 - 59.99%	>60%
6 เดือน	<55%	55 – 59.99%	60 - 64.99%	65 - 69.99%	>70%
9 เดือน	<65%	65 – 69.99%	70 - 74.99%	75 - 79.99%	>80%
10 เดือน	<75%	75 – 79.99%	80 - 84.99%	85 - 89.99%	>90%
12 เดือน	<75%	75 – 79.99%	80 - 84.99%	85 - 89.99%	>90%

2 ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุ+ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ type 1 และ 3 ที่ได้รับการประเมินชิมสเตร้าด้วยแบบประเมินชิมสเตร้า 9 คำถาม 9Q

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<35%	35 – 39.99%	40 - 44.99%	45 - 49.99%	>50%
5 เดือน	<45%	45 – 49.99%	50 - 54.99%	55 - 59.99%	>60%
6 เดือน	<55%	55 – 59.99%	60 - 64.99%	65 - 69.99%	>70%
9 เดือน	<65%	65 – 69.99%	70 - 74.99%	75 - 79.99%	>80%
10 เดือน	<75%	75 – 79.99%	80 - 84.99%	85 - 89.99%	>90%
12 เดือน	<75%	75 – 79.99%	80 - 84.99%	85 - 89.99%	>90%

หมายเหตุ นำคะแนนที่ได้จากข้อ 1 + 2 แล้วนำมาหาร 2 จะได้คะแนนตามผลการประเมิน

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ 1. ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุ+ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ type 1 และ 3 ที่ได้รับการคัดกรองโรคชิมสเตร้า (2 Q) 2. ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุ+ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ type 1 และ 3 ที่ได้รับการประเมินชิมสเตร้าด้วยแบบประเมินชิมสเตร้า 9 คำถาม 9Q
---------------------------------------	--

	<p>รอบ 3 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน</p> <p>หมายเหตุ นำคะแนนที่ได้จากข้อ 1 + 2 แล้วนำมาหาร 2 จะได้คะแนนตามผลการประเมิน</p>
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุ+ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ type 1 และ 3 ที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2 Q) 2. ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุ+ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง + จำนวนหญิงตั้งครรภ์ type 1 และ 3 ที่ได้รับการประเมินซึมเศร้าด้วยแบบประเมินซึมเศร้า 9 คำถาม 9Q <p>รอบ 3 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน</p> <p>หมายเหตุ นำคะแนนที่ได้จากข้อ 1 + 2 แล้วนำมาหาร 2 จะได้คะแนนตามผลการประเมิน</p>
หมายเหตุ	<p>แบบประเมินสุขภาพจิตผ่าน QR code /ระบบเฝ้าระวังโดยเครือข่ายสุขภาพ อสม./ ประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นและคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต MENTAL HEALTH CHECK IN</p>
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	<p>ชื่อ นางชนาธิป วัฒนนภาเกษม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์มือถือ 08 1758 6270</p> <p>E-mail : Chanatip.jim @gmail.com E-mail : songserm011rayong@gmail.com</p>

แผนงานที่ 6	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ตัวชี้วัด	MOU_71 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 71.1) อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ 71.2) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี
คำนิยาม	<p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น</p> <p>ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมมุ่งทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิตโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้นและผลของการพยายามฆ่าตัวตายอาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD -10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 1 0) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)</p> <p>ผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ หมายถึง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้งในรอบปีงบประมาณไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี หมายถึง ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วงปีงบประมาณได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและติดตามเฝ้าระวังจนไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองอีกครั้งในรอบปีงบประมาณเดียวกัน (ปีงบประมาณนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566-วันที่ 30 กันยายน 2567) ซึ่งการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตายจาก ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ/ 1669/ ตำรวจ/ อื่นๆ รวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันที 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) 3) ได้รับการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองเพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำเนิน รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชนโดยทีมสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายของจังหวัด/อำเภอ หรือ และ ร่วมกับทีมจิตเวชพี่เลี้ยง ในกรณีมีความยุ่งยากซับซ้อน มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชุมชน สังคม 4) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง จากบุคลากรสาธารณสุข จากหน่วยบริการทั้งในระดับ รพ.สต./รพช./รพท/รพศ./หน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต 5) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง และดำเนินการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย จาก แกนนำชุมชน / อปต /อปจ และบุคลากรสาธารณสุข จากหน่วยบริการทั้งในระดับ รพ.สต./รพช./รพท/รพศ 6) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือนและมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 7) ได้รับการเฝ้าระวังติดตามประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลาอย่างน้อย 1ปี เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ จาก อสม /บุคลากรสาธารณสุข จากหน่วยบริการทั้งในระดับ รพ.สต./รพช./รพท/รพศ /หน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต

<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>71.1 อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ</p> <table border="1" data-bbox="427 241 1345 387"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>≤ 7.5 ต่อประชากรแสนคน</td> </tr> </table> <p>71.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี</p> <table border="1" data-bbox="427 488 1345 589"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 92</td> <td>ร้อยละ 94</td> <td>ร้อยละ 96</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน	≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน	≤ 7.5 ต่อประชากรแสนคน	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94	ร้อยละ 96
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70														
≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน	≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน	≤ 7.5 ต่อประชากรแสนคน														
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70														
ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94	ร้อยละ 96														
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>เป้าหมายหลัก</p> <p>1. เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชน</p> <p>เป้าหมายย่อย</p> <p>1. เพื่อใช้วัดผลลัพธ์ของการดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตายหรือผู้พยายามฆ่าตัวตายและการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำที่ดำเนินการภายใต้ระบบสุขภาพในพื้นที่</p>																
<p>หน่วยบริการที่รับการประเมิน</p>	<p>CUP (โรงพยาบาล และ สสอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่ง โดยประเมินรวม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังท้องถิ่นทั้งหมด</p>																
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>1 : จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ รวบรวมจาก รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506S version 11. (เพื่อความถูกต้อง รวดเร็วของการรายงานข้อมูล) หมายเหตุ ในเขตบริการสุขภาพ หรือจังหวัด ที่พบว่ามีปัญหาการรายงาน รง 506 S version 11 หรือข้อมูลจากการรายงาน รง506s ต่ำกว่าที่ควร จะใช้ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ทดแทน</p> <p>2 : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายซ้ำ รวบรวมจาก ข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>1) ข้อมูล จาก Health Data Center (HDC) จะเป็นการรายงานข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการยังหน่วยบริการสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมในผู้ที่ทำร้ายตนเองที่บาดเจ็บไม่รุนแรงและไม่ได้มารับบริการ ควรสนับสนุนให้มีการลงพื้นที่เพื่อสอบสวนโรคทุกรายที่แจ้งจากศูนย์แจ้งเหตุ และบันทึกข้อมูลลงในรายงาน รง 506 S version 11 จะเป็นประโยชน์ต่อการมีฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและบ่งบอกถึงเหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตายในพื้นที่</p> <p>2) ข้อจำกัดของการตรวจสอบข้อมูลของการฆ่าตัวตายซ้ำเดือนกันยายน เมื่อผู้พยายามฆ่าตัวตายกระทำในเดือนกันยายน 2566 และทำซ้ำอีกครั้ง ในช่วงตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2566 เป็นต้นไป จะไม่ได้ถูกบันทึกเป็นผู้พยายามทำร้ายตนเองซ้ำของปีงบประมาณ2566 แต่จะบันทึกเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายรายใหม่ของปีงบประมาณ 2567 ดังนั้น ควรมีการตรวจสอบข้อมูลและเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองในช่วงระยะเวลาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง</p>																

แหล่งข้อมูล	เป้าหมายหลัก : 1) รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S version 11. 2) ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายย่อย : ผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดและผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ได้จากข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี งบประมาณ 2567																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี 2567 **หมายเหตุ สำหรับไตรมาส 2 ใช้ประชากรปลายปี 2566 สำหรับไตรมาส 3 และ 4 ใช้ประชากรกลางปี 2567																
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดในปีงบประมาณ - จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้งในปีงบประมาณ หน่วยนับ (คน)																
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ปีงบประมาณ 2567																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด 71.1 : $(A/B) \times 100,000$ ตัวชี้วัด 71.2 : $(C/D) \times 100$																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน														
			2564	2565	2566												
	การฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อประชากรแสนคน	2.57	4.82	0.39												
	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี	ร้อยละ	99.18	98.56	91.35												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 5 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 20 มีนาคม 2567 รอบ 6 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 20 มีนาคม 2567 รอบ 9 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 20 มิถุนายน 2567 รอบ 10 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 20 กรกฎาคม 2567 รอบ 12 เดือน วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 20 กันยายน 2567																
วิธีการประเมิน	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน																
เกณฑ์การประเมิน	1. อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>3 เดือน</td> <td>5 เดือน</td> <td>6 เดือน</td> <td>9 เดือน</td> <td>10 เดือน</td> <td>12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>≤ 8 ต่อแสน</td> <td>≤ 8 ต่อแสน</td> <td>≤ 8 ต่อแสน</td> <td>≤ 8 ต่อแสน</td> <td>≤ 8 ต่อแสน</td> </tr> </table>					3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	-	≤ 8 ต่อแสน	≤ 8 ต่อแสน	≤ 8 ต่อแสน	≤ 8 ต่อแสน	≤ 8 ต่อแสน
3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน												
-	≤ 8 ต่อแสน	≤ 8 ต่อแสน	≤ 8 ต่อแสน	≤ 8 ต่อแสน	≤ 8 ต่อแสน												
	2. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ 1 ปี <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>3 เดือน</td> <td>5 เดือน</td> <td>6 เดือน</td> <td>9 เดือน</td> <td>10 เดือน</td> <td>12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table>					3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน												
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90												
	หมายเหตุ นำคะแนนที่ได้จากข้อ 1 + 2 แล้วนำมาหาร 2 จะได้คะแนนตามผลการประเมิน																

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
71.1 อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	-
5 เดือน	>11	10.01-11	9.01-10	8.00-9.00	<8 ต่อแสน
6 เดือน	>11	10.01-11	9.01-10	8.00-9.00	<8 ต่อแสน
9 เดือน	>11	10.01-11	9.01-10	8.00-9.00	<8 ต่อแสน
10 เดือน	>11	10.01-11	9.01-10	8.00-9.00	<8 ต่อแสน
12 เดือน	>11	10.01-11	9.01-10	8.00-9.00	<8 ต่อแสน
71.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<35%	35 – 39.99%	40 - 44.99%	45 - 49.99%	>50%
5 เดือน	<45%	45 – 49.99%	50 - 54.99%	55 - 59.99%	>60%
6 เดือน	<55%	55 – 59.99%	60 - 64.99%	65 - 69.99%	>70%
9 เดือน	<65%	65 – 69.99%	70 - 74.99%	75 - 79.99%	>80%
10 เดือน	<70%	75 – 79.99%	80 - 84.99%	85 - 89.99%	>90%
12 เดือน	<70%	75 – 79.99%	80 - 84.99%	85 - 89.99%	>90%
หมายเหตุ นำคะแนนที่ได้จากข้อ 1 + 2 แล้วนำมาหาร 2 จะได้คะแนนตามผลการประเมิน					
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
71.1 อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	-
5 เดือน	>11	10.01-11	9.01-10	8.00-9.00	<8 ต่อแสน
6 เดือน	>11	10.01-11	9.01-10	8.00-9.00	<8 ต่อแสน
9 เดือน	>11	10.01-11	9.01-10	8.00-9.00	<8 ต่อแสน
10 เดือน	>11	10.01-11	9.01-10	8.00-9.00	<8 ต่อแสน
12 เดือน	>11	10.01-11	9.01-10	8.00-9.00	<8 ต่อแสน
71.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<35%	35 – 39.99%	40 - 44.99%	45 - 49.99%	>50%
5 เดือน	<45%	45 – 49.99%	50 - 54.99%	55 - 59.99%	>60%
6 เดือน	<55%	55 – 59.99%	60 - 64.99%	65 - 69.99%	>70%
9 เดือน	<65%	65 – 69.99%	70 - 74.99%	75 - 79.99%	>80%
10 เดือน	<70%	75 – 79.99%	80 - 84.99%	85 - 89.99%	>90%
12 เดือน	<70%	75 – 79.99%	80 - 84.99%	85 - 89.99%	>90%
หมายเหตุ นำคะแนนที่ได้จากข้อ 1 + 2 แล้วนำมาหาร 2 จะได้คะแนนตามผลการประเมิน					

<p>เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน</p>	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมิน<u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ที่ ระดับ.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ระดับ.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ระดับ.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ระดับ.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ระดับ.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ระดับ.....5.....คะแนน</p>
<p>การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด</p>	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมิน<u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ที่ ระดับ.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ระดับ.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ระดับ.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ระดับ.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ระดับ.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ระดับ.....5.....คะแนน</p>
<p>หมายเหตุ</p>	<p>1.รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง (รง 506 S version 11)</p> <p>2.ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. ข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ,ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p>	<p>ชื่อ นางชนาธิป วัฒนนภาเกษม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง</p> <p>โทรศัพท์มือถือ 08 1758 6270</p> <p>E-mail : Chanatip.jim @gmail.com E-mail : songserm011rayong@gmail.com</p>

แผนงานที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	P18. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_72 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
คำนิยาม	<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 hypoperfusion 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</p> <p>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> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) หรือ มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 4.2 qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3) 4.3 SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4) 4.4 Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ 5) หรือ NEWS 2 ตั้งแต่ 5 ข้อ ขึ้นไป <p>5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล</p> <p>ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ</p>

	ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26	น้อยกว่าร้อยละ 26
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-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) = 2 ดีขึ้น			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A+C) / D \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส			
วิธีการประเมินผล :	1.ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ 2.การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 - 13			

เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน_รพ.ผ่านเกณฑ์ที่ระดับ 5 คะแนน																	
	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน												
	5เดือน	≥40	≥35-<40	≥30-<35	≥26-<30	<26												
	6 เดือน	≥40	≥35-<40	≥30-<35	≥26-<30	<26												
	10 เดือน	≥40	≥35-<40	≥30-<35	≥26-<30	<26												
	12 เดือน	≥40	≥35-<40	≥30-<35	≥26-<30	<26												
	เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมจังหวัด จำนวนโรงพยาบาลที่มีระดับคะแนน เท่ากับ 5																	
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
5เดือน	1 แห่ง	2 แห่ง	3 แห่ง	4 แห่ง	5 แห่ง													
6 เดือน	1 แห่ง	2 แห่ง	3 แห่ง	4 แห่ง	5 แห่ง													
10 เดือน	1 แห่ง	2 แห่ง	3 แห่ง	4 แห่ง	5 แห่ง													
12 เดือน	1 แห่ง	2 แห่ง	3 แห่ง	4 แห่ง	5 แห่ง													
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline)สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ 																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. (ข้อมูล 12 เดือน)</th> </tr> <tr> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...</td> <td>ร้อยละ</td> <td>31.82</td> <td>36.48</td> <td>35.73</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. (ข้อมูล 12 เดือน)			2563	2564	2565	...	ร้อยละ	31.82	36.48	35.73
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. (ข้อมูล 12 เดือน)																
		2563	2564	2565														
...	ร้อยละ	31.82	36.48	35.73														
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>นางสรายุทิพย์ สังข์ไชย ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์ 0804733981 E-mail: qarayong@yahoo.com</p> <p>นายอนุกุล เปล่งปลั่ง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลระยอง โทรศัพท์ 038 611104 ต่อ 7030 มือถือ 091 1566169 E- mail anukulpp@hotmail.com</p>																	

ภาคผนวกที่ 1

<p>คำนิยามตัวชี้วัดเพิ่มเติม</p>	<p>จัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) Rapid Response System หรือ ระบบการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต</p> <p>สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยทรุดลงในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยจากข้อมูลทั้งในและต่างประเทศที่มีการจัดตั้งทีมนี้เกิดขึ้นพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาลลดน้อยลง อัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นลดน้อยลง จำนวนวันที่ต้องนอนโรงพยาบาลหรือนอนในไอซียูลดน้อยลง และอัตราการตายของผู้ป่วยในลดน้อยลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสร้างเครื่องมือและแนวทางในการจัดกลุ่มผู้ป่วย เพื่อวางแผนในการจัดการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ Early Warning Score - Rapid Response Team - การบริหารจัดการที่จะช่วยจัดสรรบุคลากร เครื่องมือ และทรัพยากรต่างๆให้เพียงพอ <p>การมีแนวทางการกำหนดการเก็บข้อมูลต่างๆ การวิเคราะห์ข้อมูล การกำหนดตัวชี้วัด การประเมินให้เกิดการพัฒนาระบบให้ดียิ่งขึ้น</p>
---	--

เกณฑ์เป้าหมาย:

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
จัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) มากกว่าร้อยละ 80 ของเขตสุขภาพ	จัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) ทุกโรงพยาบาลของเขตสุขภาพร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตาย ลดอัตราการเกิด cardiac arrest ลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีอาการทรุดลง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากการรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 6 เดือน

เกณฑ์การประเมิน (ตารางที่ 6)

<p>ปี 2567: ดำเนินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) มากกว่าร้อยละ 80 ของเขตสุขภาพ</p>
<p>ปี 2568: ดำเนินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) ทุกโรงพยาบาลของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100</p>

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

Temperature $>38^{\circ}\text{C}$ or $<36^{\circ}\text{C}$

Heart rate >90 beats/min

Respiratory rate >20 /min หรือ $\text{PaCO}_2 < 32$ mm Hg

WBC $>12,000$ /mm³, <4000 /mm³, หรือมี band form >10 %

ตารางที่ 2 tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

ค่า blood lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL)

Urine output <0.5 mL/kg/hr เป็นระยะเวลามากกว่า 2 ชม. แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ

Acute lung injury ที่มี $\text{Pao}_2/\text{Fio}_2 < 250$ โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Acute lung injury ที่มี $\text{Pao}_2/\text{Fio}_2 < 200$ โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Creatinine >2.0 mg/dL (176.8 $\mu\text{mol/L}$)

Bilirubin >2 mg/dL (34.2 $\mu\text{mol/L}$)

Platelet count $<100,000$ μL

Coagulopathy (international normalized ratio >1.5 หรือ aPTT > 60 วินาที)

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

1. Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า 15 ก็ได้)
2. Systolic blood pressure ≤ 100 mm Hg
3. Respiratory rate ≥ 22 /min

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
temp		≤ 35	35.1 – 36	36.1 – 38	38.1 - 38.4	≥ 38.5	
Sys BP	≤ 80	81 – 90	91 – 100	10 – 180	181 – 199	≥ 200	ให้ยากระตุ้น ความดัน โลหิต
HR	≤ 40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥ 140
RR	≤ 8	ใส่เครื่อง ช่วยหายใจ		9 – 20	21 – 25	26 – 35	≥ 36
Neuro			สับสน กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	ตื่นตี พูดคุ้ยรู้เรื่อง	ซึม แต่เรียกแล้ว ลืมตา สลิ้มลิ้อ	ซึมมาก ต้องกระตุ้น จึงจะลืมตา	ไม่รู้สติตัว แม้จะกระตุ้น แล้วก็ตาม
ยากระตุ้นความดันโลหิต = Dopamine, Levophed, Dobutamine, Adrenaline							

ตารางที่ 5 Modified Early Warning Score (MEWS) for Clinical Deterioration

Criteria	Point Value
Systolic BP (mmHg)	
≤ 70	+3
71-80	+2
81-100	+1
101-199	0
≥ 200	+2

Criteria	Point Value
Heart rate (beats per minute)	
<40	+2
41-50	+1
51-100	0
101-110	+1
111-129	+2
≥130	+3
Respiratory rate (beats per minute)	
<9	+2
9-14	0
15-20	+1
21-29	+2
≥30	+3
Temperature in °C (°F)	
<35 (<95)	+2
35–38.4 (95–101.12)	0
≥38.5°C (101.3)	+2

Interpretation

- A score ≥ 5 is statistically linked to increased likelihood of death or admission to an intensive care unit.
- For any single physiological parameter scored +3, consider higher level of care for patient

ตารางที่ 6 เกณฑ์การจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A)

- 1) มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหนังสือแต่งตั้งชัดเจน
- 2) มีแนวทางการดำเนินการของ rapid response system ในโรงพยาบาล โดยมีหนังสือคำสั่งแนวทางการดำเนินการที่ชัดเจน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน
- 3) เริ่มดำเนินการโดยมีทีม rapid response team เพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วย sepsis โดยมีการนำเสนอผลงานในแต่ละเดือน มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

วิธีประเมินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

- ✓ ยังไม่ได้ดำเนินการ = ยังไม่ได้ทำทุกข้อ
- ✓ เริ่มดำเนินการ = มีข้อ 1
- ✓ กำลังดำเนินการ = มีข้อ 1 และ ข้อ 2
- ✓ ดำเนินการเรียบร้อย = มีครบทั้ง 3 ข้อ

แผนงานที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)					
โครงการ	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ STEMI					
ตัวชี้วัด	MOU_73 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI					
คำนิยาม	<p>ตัวชี้วัดที่ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</p> <p>โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิด การตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิด ST-Elevated Myocardial Infarction</p> <p>อัตราตายในผู้ป่วย STEMI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit) 2. การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI 					
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าร้อยละ 9					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด 					
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)					
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO: I21.0 – I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO: I21.0 – I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	
	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละ	7.94	3.03	9.55	
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ประเมินผลทุก 3 เดือน (สามารถดูข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือ Health Data Center (HDC) ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน</p> <p>ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน</p> <p>ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน</p> <p>ไตรมาสที่ 4 รอบ 12 เดือน</p>					
วิธีการประเมิน	ระบบรายงานข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	< 9	< 9	< 9	< 9	< 9	< 9

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≥ 12	≥ 11	≥ 10	≥ 9	< 9
5 เดือน	≥ 12	≥ 11	≥ 10	≥ 9	< 9
6 เดือน	≥ 12	≥ 11	≥ 10	≥ 9	< 9
9 เดือน	≥ 12	≥ 11	≥ 10	≥ 9	< 9
10 เดือน	≥ 12	≥ 11	≥ 10	≥ 9	< 9
12 เดือน	≥ 12	≥ 11	≥ 10	≥ 9	< 9

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≥ 12	≥ 11	≥ 10	≥ 9	< 9
5 เดือน	≥ 12	≥ 11	≥ 10	≥ 9	< 9
6 เดือน	≥ 12	≥ 11	≥ 10	≥ 9	< 9
9 เดือน	≥ 12	≥ 11	≥ 10	≥ 9	< 9
10 เดือน	≥ 12	≥ 11	≥ 10	≥ 9	< 9
12 เดือน	≥ 12	≥ 11	≥ 10	≥ 9	< 9

เกณฑ์การประเมิน
ภาพรวมของแต่ละ
หน่วยงาน

ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้

รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 9 ที่.....5.....คะแนน
 รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 9 ที่.....5.....คะแนน
 รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 9 ที่.....5.....คะแนน
 รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 9 ที่.....5.....คะแนน
 รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 9 ที่.....5.....คะแนน
 รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 9 ที่.....5.....คะแนน

การสรุปผลรวม
ในภาพจังหวัด

ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้

รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 9 ที่.....5.....คะแนน
 รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 9 ที่.....5.....คะแนน
 รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 9 ที่.....5.....คะแนน
 รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 9 ที่.....5.....คะแนน
 รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 9 ที่.....5.....คะแนน
 รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... < 9 ที่.....5.....คะแนน

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

น.ส.ลภัสรดา สระดอแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ
 โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 082 867 9765
 E-mail: laphatrada.rph2563@gmail.com

แผนงานที่	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ STEMI				
ตัวชี้วัด	ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด MOU_74 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด				
คำนิยาม	<p>โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิด ST-Elevated Myocardial Infarction</p> <p>การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง</p> <p>1.1 ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ</p> <p>1.2 ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO: I21.0 – I21.3 ทั้งหมด				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	MOU_74 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = (A/B) × 100				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2564	2565	2566
	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	-	69.77	38.46
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลทุก 3 เดือน (สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ Real time) ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน ไตรมาสที่ 4 รอบ 12 เดือน				
วิธีการประเมิน	ระบบรายงานข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)				

แผนงานที่	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)																
โครงการ	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ STEMI																
ตัวชี้วัด	ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด MOU_75 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด																
คำนิยาม	โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิด ST-Elevated Myocardial Infarction การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง 1.1 ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ 1.2 ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล																
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO: I21.0 – I21.3 ทั้งหมด																
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน																
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน																
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล																
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	MOU_75 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = $(C/D) \times 100$																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>71.79</td> <td>90.60</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2564	2565	2566	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	-	71.79	90.60
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน															
		2564	2565	2566													
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	-	71.79	90.60													
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลทุก 3 เดือน (สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ Real time) ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน ไตรมาสที่ 4 รอบ 12 เดือน																
วิธีการประเมิน	ระบบรายงานข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)																

เกณฑ์การประเมิน							
	ตัวชี้วัด	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	Primary PCI	≥ 60	≥ 60	≥ 60	≥ 60	≥ 60	≥ 60
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน							
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน		
3 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60		
5 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60		
6 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60		
9 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60		
10 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60		
12 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60		
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด							
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน		
3 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60		
5 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60		
6 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60		
9 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60		
10 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60		
12 เดือน	< 30	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60		
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน						
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน						
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	น.ส.ลภัสรดา สระดอกบัว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 082 867 9765 E-mail: laphatrada.rph2563@gmail.com						

แผนงานที่	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	P20. โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีอายุ 30-60 ปี MOU_76 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก MOU_77 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy
คำนิยาม	<p>1) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 - 60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ แนะนำให้เข้ารับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก 5 ปี</p> <p>2) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติหมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> • ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ 16 และหรือ 18 หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (Colposcopy) • ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่น ๆ เช่น 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 และ 68 เป็นต้น หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลืมาตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ \geq ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน 1 ปี ที่โรงพยาบาล <p>3) การส่องกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอด ปากมดลูก ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกในระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด</p> <p>*ในกรณีที่หน่วยบริการยังคงให้บริการการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear หรือ VIA ร่วมด้วยสามารถนำผลงานมาคิดเป็นภาพรวมของการดำเนินงานในปีงบประมาณนั้นได้</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</p> <p>2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <p>2. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) ได้รับการส่องกล้อง (Colposcopy)</p>
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาล / สาธารณสุขอำเภอ / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี (ตามเป้าหมายรายปี) (C₁)</p> <p>2. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (C₂)</p> <p>3. จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ 30-60 ปีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (CP₁)</p> <p>4. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy (CP₂)</p> <p>★ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และโปรแกรม HPVcx2020 ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติพัฒนา หรือโปรแกรมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช.</p>

แหล่งข้อมูล	จากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC) และโปรแกรม HPVcxs2020 ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติพัฒนา																		
รายการข้อมูล 1	$A(C_2)$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก $A(CP_2)$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy																		
รายการข้อมูล 2	$B(C_1)$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี (ตามเป้าหมายรายปี) เป้าหมายรายปี : ประมาณตัวเลขจาก 70% ของประชากรหญิงอายุ 30-60 ปี ทุกสิทธิการรักษา ทหารด้วย 5																		
	<p>ตัวอย่างการคิดค่าเป้าหมายรายปี :</p> <p>ประชากรหญิง อายุ 30-60 ปี ทุกสิทธิการรักษา มี 100,000 คน</p> <p>70% ของ 100,000 คน = 70,000 คน</p> <p>จากข้อความข้างต้น 70% ของประชากรหญิงอายุ 30-60 ปี ทุกสิทธิการรักษา ทหาร ด้วย 5</p> <p>= 70,000 / 5 จะได้ค่าเป้าหมายรายปี 14,000 คน</p>																		
	$B(CP_1)$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ																		
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด มะเร็งปากมดลูก</p> <p>MOU_76 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> $= (A(C_2) / B(C_1)) \times 100$ <p>MOU_76 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy</p> $= (A(CP_2) / B(CP_1)) \times 100$ <p>*ตัวอย่างการคำนวณ</p> <p>$A(C_2)$ = ในปีงบ. ทำการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (HPV+Pap smear+VIA) ได้ 9,000 คน</p> <p>$B(C_1)$ = ประชากรเป้าหมาย (เป้าหมายรายปี)</p> <p>จำนวน 14,000 คน คิดเป็น $(9,000/14,000) \times 100 =$ ร้อยละ 64.28</p>																		
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 40%;">Baseline Data</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" style="width: 50%;">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th style="width: 16.6%;">2564</th> <th style="width: 16.6%;">2565</th> <th style="width: 16.6%;">2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>สตรีอายุ 30-60 ปีได้รับ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</td> <td>ร้อยละ</td> <td>40.90</td> <td>46.63</td> <td>60.90</td> </tr> <tr> <td>ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>46.64</td> <td>64.75</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2564	2565	2566	สตรีอายุ 30-60 ปีได้รับ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ	40.90	46.63	60.90	ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	ร้อยละ	-	46.64	64.75
Baseline Data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน															
		2564	2565	2566															
สตรีอายุ 30-60 ปีได้รับ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ	40.90	46.63	60.90															
ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	ร้อยละ	-	46.64	64.75															
ระยะเวลา ประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส																		
วิธีการ ประเมิน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ติดตามผ่านการนิเทศตรวจราชการ 2. สืบข้อมูล สปสช. 3. ติดตามจากระบบรายงานข้อมูล 43 แฟ้ม ใน HDC กระทรวงสาธารณสุข และโปรแกรม HPVcxs2020 																		

เกณฑ์การประเมิน	ปี 2567				
	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	≥ 10	≥ 20	≥ 40	≥ 50
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	≥ 30	≥ 40	≥ 50	≥ 60	≥ 70

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

MOU_76 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	< 4	≥ 4	≥ 6	≥ 8	≥ 10
6 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20
9 เดือน	< 25	≥ 25	≥ 30	≥ 35	≥ 40
10 เดือน	< 35	≥ 35	≥ 40	≥ 45	≥ 50
12 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 50	≥ 55	≥ 60

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

MOU_77 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30
6 เดือน	< 25	≥ 25	≥ 30	≥ 35	≥ 40
9 เดือน	< 35	≥ 35	≥ 40	≥ 45	≥ 50
10 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 50	≥ 55	≥ 60
12 เดือน	< 55	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 70

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

MOU_76 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	< 4	≥ 4	≥ 6	≥ 8	≥ 10
6 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20
9 เดือน	< 25	≥ 25	≥ 30	≥ 35	≥ 40
10 เดือน	< 35	≥ 35	≥ 40	≥ 45	≥ 50
12 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 50	≥ 55	≥ 60

MOU_77 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30
6 เดือน	< 25	≥ 25	≥ 30	≥ 35	≥ 40
9 เดือน	< 35	≥ 35	≥ 40	≥ 45	≥ 50
10 เดือน	< 45	≥ 45	≥ 50	≥ 55	≥ 60
12 เดือน	< 55	≥ 55	≥ 60	≥ 65	≥ 70

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้</p> <p>MOU_76 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <p>รอบ 3 เดือน ไม่นำมาประเมิน</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 10..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 20..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 40..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 50..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>MOU_77 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 30..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 40..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 50..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 70..... ที่.....5.....คะแนน</p>
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้</p> <p>MOU_76 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 10..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 20..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 40..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 50..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>MOU_77 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 30..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 40..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 50..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 60..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 70..... ที่.....5.....คะแนน</p>
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	<p>น.ส.ลภัสรดา สระดอกบัว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ</p> <p>โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 082 867 9765</p> <p>E-mail: laphatrada.rph2563@gmail.com</p>

แผนงานที่	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	P20. โครงการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อายุ 50-70 ปี MOU_78 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง MOU_79 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
คำนิยาม	1) การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่าน ชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากรในรอบ 2 ปีงบประมาณ 2) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิงอายุ 50-70 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) เป็นบวก (Positive) คือตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ 3) การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องขยายเพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น
เกณฑ์เป้าหมาย	1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test (การตรวจหาเลือดในอุจจาระ) 2. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
หน่วยบริการที่ รับผิดชอบ	โรงพยาบาล / สาธารณสุขอำเภอ / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี(ตามเป้าหมายรายปี) (F ₁) 2. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (F ₂) 3. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ (CL ₁) 4. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (CL ₂) *การบันทึกข้อมูล ★ การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน 43 แฟ้ม มาที่ HDC ได้
แหล่งข้อมูล	จากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC) และฐานข้อมูล สปสช.
รายการข้อมูล 1	A(F ₂) = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง A(CL ₂) = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
รายการข้อมูล 2	B(F ₁) = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี (ตามเป้าหมายรายปี)

	<p>เป้าหมายรายปี : ประมาณการจาก 10% ของประชากรอายุ 50-70 ปี ทุกสิทธิการรักษา</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>ตัวอย่างการคิดค่าเป้าหมายรายปี : ประชากร อายุ 50-70 ปี ทุกสิทธิการรักษา มี 100,000 คน 10% ของ 100,000 คน ค่าเป้าหมายรายปี 10,000 คน</p> </div> <p>$B(CL_1)$ = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผิดปกติ</p>						
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด มะเร็งลำไส้และไส้ตรง MOU_{77} ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง = $(A(F_2)/ B(F_1)) \times 100$ MOU_{78} ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy = $(A(CL_2)/ B(CL_1)) \times 100$</p> <p>*ตัวอย่างการคำนวณ $A(F_2)$ = ในปีงบประมาณ... ทำการคัดกรองมะเร็งลำไส้ได้ 5,000 คน $B(F_1)$ = ประชากรเป้าหมาย (เป้าหมายรายปี) จำนวน 10,000 คน คิดเป็น $(5,000/10,000) \times 100 =$ ร้อยละ 50</p>						
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline Data</p>		<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงาน</p>			
				<p>2564</p>	<p>2565</p>	<p>25</p>	
	<p>ร้อยละการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง อายุ 50-70 ปี</p>		<p>ร้อยละ</p>	<p>44.82</p>	<p>22.42</p>	<p>64.</p>	
	<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) ได้รับการทำ Colonoscopy</p>		<p>ร้อยละ</p>	<p>-</p>	<p>53.16</p>	<p>51.</p>	
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ประเมินผลทุก 3 เดือน ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน ไตรมาสที่ 4 รอบ 12 เดือน</p>						
<p>วิธีการประเมิน</p>	<p>1. ติดตามผ่านการนิเทศตรวจราชการ 2. ฐานข้อมูล สปสช. 3. จากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC)</p>						
<p>เกณฑ์การประเมิน</p>	<p>ปี 2567</p>		<p>3 เดือน</p>	<p>5 เดือน</p>	<p>6 เดือน</p>	<p>9 เดือน</p>	<p>10 เดือน</p>
	<p>1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อายุ 50-70 ปี</p>		<p>-</p>	<p>≥ 20</p>	<p>≥ 30</p>	<p>≥ 40</p>	<p>≥ 40</p>
	<p>2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</p>		<p>-</p>	<p>≥ 10</p>	<p>≥ 20</p>	<p>≥ 30</p>	<p>≥ 40</p>

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

MOU_78 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20
6 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30
9 เดือน	< 25	≥ 25	≥ 30	≥ 35	≥ 40
10 เดือน	< 25	≥ 25	≥ 30	≥ 35	≥ 40
12 เดือน	< 35	≥ 35	≥ 40	≥ 45	≥ 50

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

MOU_79 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิตปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	< 4	≥ 4	≥ 6	≥ 8	≥ 10
6 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20
9 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30
10 เดือน	< 25	≥ 25	≥ 30	≥ 35	≥ 40
12 เดือน	< 35	≥ 35	≥ 40	≥ 45	≥ 50

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

MOU_78 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	-
5 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20
6 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30
9 เดือน	< 25	≥ 25	≥ 30	≥ 35	≥ 40
10 เดือน	< 25	≥ 25	≥ 30	≥ 35	≥ 40
12 เดือน	< 35	≥ 35	≥ 40	≥ 45	≥ 50

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

MOU_79 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิตปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	-
5 เดือน	< 4	≥ 4	≥ 6	≥ 8	≥ 10
6 เดือน	< 5	≥ 5	≥ 10	≥ 15	≥ 20
9 เดือน	< 15	≥ 15	≥ 20	≥ 25	≥ 30
10 เดือน	< 25	≥ 25	≥ 30	≥ 35	≥ 40
12 เดือน	< 35	≥ 35	≥ 40	≥ 45	≥ 50

<p>เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน</p>	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้</p> <p>MOU_78 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 20..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 30..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 40..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 40..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 50..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>MOU_79 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 10..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 20..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 30..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 40..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 50..... ที่.....5.....คะแนน</p>
<p>การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด</p>	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้</p> <p>MOU_78 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 20..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 30..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 40..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 40..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 50..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>MOU_79 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 10..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 20..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 30..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 40..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ..... ≥ 50..... ที่.....5.....คะแนน</p>
<p>หมายเหตุ</p>	<p>-</p>
<p>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p>	<p>น.ส.ลภัสรดา สระดอกบัว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ</p> <p>โทรศัพท์ 038-6133430 ต่อ 1104 มือถือ 082 867 9765</p> <p>E-mail: laphatrada.rph2563@gmail.com</p>

แผนงานที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	โครงการเร่งรัดการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี (HBV & HCV)
ตัวชี้วัด	MOU_80 ร้อยละของประชากรเป้าหมายในพื้นที่ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV
คำนิยาม	<p>1. ไวรัสตับอักเสบบี หมายถึง โรคที่เกิดจากการติดเชื้อที่ตับ ซึ่งมีสามเหตุมาจากไวรัสตับเอกลีบชนิด บี สามารถติดต่อได้หลายทาง เช่น จากการสัมผัสเลือดและน้ำเหลืองของผู้ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หรือจากการดูดนมทารก ผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในร่างกายส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ แต่สามารถแพร่เชื้อผู้อื่นได้ ผลการตรวจเลือดพบค่าการทำงานของตับอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือผิดปกติก็ได้ ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง อาจเกิดภาวะตับอักเสบบีบพอง แทรกซ้อนได้เป็นระยะ ๆ หากไม่ได้รับการรักษา อาจกลายเป็นโรคตับแข็งหรือมะเร็งตับและเสียชีวิตในที่สุด</p> <p>2.โรคไวรัสตับอักเสบบี หมายถึง โรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสชนิด ซี สามารถติดต่อได้ทางเลือด เพศสัมพันธ์ และการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ผู้ที่ได้รับเชื้อส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ จะเริ่มอาการเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้ว อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนเพลีย ปัสสาวะสีเข้ม ตัวเหลือง ตาเหลือง ขาบวม ท้องบวม เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถรู้ได้ด้วยการเลือดหาการติดเชื้อ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา จะพัฒนาเป็นโรคเป็นโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ตับแข็ง มะเร็งตับ และอาจเสียชีวิตได้ในที่สุด</p> <p>3.การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย หมายถึง การตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBV) และ ซี (HCV) ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยใช้วิธีการตรวจด้วย Rapid Test หรือวิธีการอื่น ๆ ตามแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของประเทศ จากหน่วยบริการทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม และรวมถึงการตรวจคัดกรอง ฯ ที่ได้รับการสนับสนุนจากทุกแหล่งทุน</p> <p>4.การรักษาไวรัสตับอักเสบบี หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ พบว่ามีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส</p> <p>5.กลุ่มประชากรเป้าหมาย หมายถึง ประชากรทุกคนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ในพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงานจังหวัดระยอง</p> <p>6.จังหวัดมีระบบการคัดกรองและการส่งต่อการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี หมายถึง จังหวัดมีระบบการจัดบริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การให้คำปรึกษาและการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมายให้ทราบสถานะการติดเชื้อ กระบวนการประสานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาในสถานพยาบาล การประเมินอาการผู้ป่วย การให้การปรึกษา การบันทึกและการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภายในและนอกจังหวัด เป็นต้น</p> <p>หมายเหตุ: จังหวัดมีระบบการคัดกรองและการส่งต่อการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี จำนวน 1 ระบบ (77 จังหวัด)</p> <p>7.หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย</p> <p>7.1 กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงาน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละของประชาชนเป้าหมายในพื้นที่ ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV ได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซีร้อยละ ≥ 70

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1.ประชากรทุกคนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 คือ ประชากรเป้าหมายในพื้นที่ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV และได้รับการรักษาไวรัสตับ อักเสบ ซี					
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	CUP					
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้รับการคัดกรอง ผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform (KTB)					
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform KTB					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ในพื้นที่ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง HBV และ HCV B = จำนวนประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ในพื้นที่รับผิดชอบ					
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัดที่ 1	1.1 ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง HBV และ HCV สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$					
ระยะเวลา ประเมินผล	1.ระยะเวลาประเมินผลปี 2567 2.ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ 30 กันยายน 2566 3.ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส					
วิธีการประเมิน	1 การประเมินผลร้อยละของประชากรเป้าหมายในพื้นที่ที่ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV และผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 1.1 ประชากรทุกคนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ในพื้นที่เป้าหมาย ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV 1.2 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 1.3 พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผล คือ โรงพยาบาลภาครัฐและสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง					
เกณฑ์การ ประเมิน	รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12เดือน
	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 55	ร้อยละ ≥ 70
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ		
				2564	2565	2566
	ร้อยละประชากรเป้าหมายในพื้นที่ได้รับการ คัดกรอง HBV และ HCV		ร้อยละ	-	-	-
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของCUP						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	<5	5.1-6.9	7-8.9	8-9.9	≥ 10	
5 เดือน	<11	11.1-12.9	13-13.9	14-14.9	≥ 15	
6 เดือน	<16	16.1-17.9	18-18.9	19.1-19.9	≥ 20	
9 เดือน	<30	30.1-32.9	33-36.9	37-39.9	≥ 40	
10 เดือน	<45	45.1-47.9	48-51.9	52-54.9	≥ 55	
12 เดือน	<60	60.1-62.9	63-66.9	67-69.9	≥ 70	

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<5	5.1-6.9	7-8.9	8-9.9	≥10
5 เดือน	<11	11.1-12.9	13-13.9	14-14.9	≥15
6 เดือน	<16	16.1-17.9	18-18.9	19.1-19.9	≥20
9 เดือน	<30	30.1-32.9	33-36.9	37-39.9	≥40
10 เดือน	<45	45.1-47.9	48-51.9	52-54.9	≥55
12 เดือน	<60	60.1-62.9	63-66.9	67-69.9	≥70

หมายเหตุ	-
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	ชื่อ นางนภสอร ฤกษ์ธงชัยสกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ 038-967417 มือถือ 081-7579653 E-mail napasakung@gmail.com

แผนงานที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต CKD
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_81 ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 หมายถึง ผู้ที่มีอัตราการกรองของไต หรือ eGFR (estimated glomerular filtration rate) น้อยกว่า 15 มล./ นาทีต่อ 1.73 ตรม. ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI วัตถุประสงค์ เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าร้อยละ 10
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 3 เดือน ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ eGFR ห้องปฏิบัติการนำผลการตรวจเข้าในระบบ HIS ของโรงพยาบาลทุกครั้ง และโรงพยาบาลส่งข้อมูลรูปแบบมาตรฐาน (43 แฟ้ม) เข้าระบบ HDC ตามระยะเวลาที่ HDC กำหนด โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม Scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ Real Time
แหล่งข้อมูล	Health Data Center (HDC)
รายการข้อมูล 1	A =จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ของปีงบประมาณปัจจุบัน
รายการข้อมูล 2	B =จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ของปีงบประมาณก่อนหน้า ★จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ Creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณา ค่าของ eGFR ตั้งแต่อ่อนหลัง 1 ปีงบประมาณ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>สูตรการคำนวณ = $\frac{B - A}{B} \times 100$</p> <p>สูตรคำนวณ วิธีคิดของปี 2567:</p> <p>สูตรการคำนวณ = $\frac{B (\text{ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566}) - A (\text{ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567})}{B (\text{ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566})} \times 100$</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลของปีงบประมาณปัจจุบัน</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลของปีงบประมาณก่อนหน้า</p> <p>สูตรการคำนวณ = $\frac{10,000 - 9,500}{10,000} \times 100 = 5\%$ (ตัวอย่าง)</p>

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2564	2565	2566	
	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวาย เรื้อรังระยะที่ 5 น้อยกว่า ร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	
ระยะเวลา ประเมินผล	รายงานไตรมาสที่ 4 รอบ 12 เดือน Health Data Center (HDC)					
วิธีการประเมิน	ประเมินผลได้แบบ Real time ผ่านระบบ Health Data Center (HDC) เนื่องจากเป็นอัตราส่วน ความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้น ๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้ มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมา ใช้บริการสะสมมากที่สุด					
เกณฑ์การ ประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	-	-	-	-	-	< 10
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
12 เดือน	≥ 13	≥ 12	≥ 11	≥ 10	< 10	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
12 เดือน	≥ 13	≥ 12	≥ 11	≥ 10	< 10	
เกณฑ์การ ประเมินภาพรวม ของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ.....< 10..... ที่.....5.....คะแนน					
การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ.....< 10..... ที่.....5.....คะแนน					
หมายเหตุ	-					
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	น.ส.ภัสสรดา สระดอแก้ว กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ		ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ มือถือ 082 867 9765 E-mail: laphatrada.rph2563@gmail.com			

แผนที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ			
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_82 อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)			
คำนิยาม	<p>บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual brain-dead organ donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทย์สภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง จากร่างผู้บริจาคอวัยวะ</p> <p>จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่นรายงานตัวชี้วัดปี 2567 ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2566 เป็นตัวหาร)</p>			
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : มีจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ราย</p>				
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2566 ของแต่ละเขตสุขภาพ	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2567 ของแต่ละเขตสุขภาพ	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2568 ของแต่ละเขตสุขภาพ	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2569 ของแต่ละเขตสุขภาพ
วัตถุประสงค์	เพิ่มจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล A, S, M1			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual brain-dead organ donor) ปีงบประมาณ 2567			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (hospital death) ปีงบประมาณ 2566			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ หมายเหตุ * คำนวณแยกรายรพ. โดยใช้ปี 2566 ในการเทียบเพิ่มขึ้นร้อยละ 20			
วิธีการประเมินผล:	ติดตามและนิเทศผ่านการตรวจราชการ			
เอกสารสนับสนุน	การตรวจนิเทศงาน			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	ส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	อัตรา	0.20 : 100	0.23 : 100	0.40 : 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2566 ผลงานเขต ร้อยละ 0.27 ปี 2567 เป้าหมาย จ.ระยอง เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 = ร้อยละ 0.32					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนในปี 2566	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนในปี 2566	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนในปี 2566	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมหน่วยงาน ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน หรือ มีจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ราย					
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบ 5 เดือน	≥0.01	≥0.05	≥0.10	≥0.20	≥0.32
รอบ 6 เดือน	≥0.01	≥0.05	≥0.10	≥0.20	≥0.32
รอบ 10 เดือน	≥0.01	≥0.05	≥0.10	≥0.20	≥0.32
รอบ 12 เดือน	≥0.01	≥0.05	≥0.10	≥0.20	≥0.32
เกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน หรือ มีจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ราย					
	1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
รอบ 5 เดือน	≥0.01	≥0.05	≥0.10	≥0.20	≥0.32
รอบ 6 เดือน	≥0.01	≥0.05	≥0.10	≥0.20	≥0.32
รอบ 10เดือน	≥0.01	≥0.05	≥0.10	≥0.20	≥0.32
รอบ 12เดือน	≥0.01	≥0.05	≥0.10	≥0.20	≥0.32
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ชื่อ นางสาวณัฐทิพย์ สังข์ไชย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ 038-613430 มือถือ 080-4733981 E-mail qarayong09@gmail.com				

แผนงานที่	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการ	โครงการพัฒนาาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด											
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_83 ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)											
คำนิยาม	<p>*ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>*การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะรายตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย 1 ปี</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>62 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113 ม.114)</td> <td>64 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113 ม.114)</td> <td>66 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113 ม.114)</td> <td>68 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113 ม.114)</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	62 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113 ม.114)	64 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113 ม.114)	66 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113 ม.114)	68 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113 ม.114)
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
62 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113 ม.114)	64 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113 ม.114)	66 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113 ม.114)	68 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113 ม.114)									
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจ(ม.113 , ม.114) ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)											
หน่วยที่รับการประเมิน	โรงพยาบาล ทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง รพ.สต.ทุกแห่ง โดยประเมินรวม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังท้องถิ่นทั้งหมด											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)											
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู											
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone											

สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2564	2565	2566	
	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ (เฉลี่ย 3 ปี 72.95)	73.49	78.98	66.39	
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน , 5 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน, 10 เดือน และ 12 เดือน รอบ 3 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566) รอบ 5 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 กุมภาพันธ์ 2567) รอบ 6 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 มีนาคม 2567) รอบ 9 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 มิถุนายน 2567) รอบ 10 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 กรกฎาคม 2567) รอบ 12 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 กันยายน 2567)					
วิธีการประเมินผล	สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผล โดย สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข					
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2567						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 62	ร้อยละ 62
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน(ร้อยละ)						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	>ร้อยละ 45	
5 เดือน	<ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50	
6 เดือน	<ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	>ร้อยละ 55	
9 เดือน	<ร้อยละ 45	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	>ร้อยละ 60	
10 เดือน	<ร้อยละ 50	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-61.99	>ร้อยละ 62	
12 เดือน	<ร้อยละ 50	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-61.99	>ร้อยละ 62	
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมจังหวัด(ร้อยละ)						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	>ร้อยละ 45	
5 เดือน	<ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50	

6 เดือน	<ร้อยละ 40	ร้อยละ40-44.99	ร้อยละ45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	>ร้อยละ 55
9 เดือน	<ร้อยละ 45	ร้อยละ45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	>ร้อยละ 60
10 เดือน	<ร้อยละ 50	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-61.99	>ร้อยละ 62
12 เดือน	<ร้อยละ 50	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	ร้อยละ 60-61.99	>ร้อยละ 62
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ร้อยละ ≥ 45 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ร้อยละ ≥ 50 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ร้อยละ ≥ 55 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ร้อยละ ≥ 60 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ร้อยละ ≥ 62 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ร้อยละ ≥ 62 ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ร้อยละ ≥ 45 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ร้อยละ ≥ 50 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ร้อยละ ≥ 55 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ร้อยละ ≥ 60 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ร้อยละ ≥ 62 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ร้อยละ ≥ 62 ที่ 5 คะแนน				
ผู้รับผิดชอบการตัวชี้วัด	ชื่อ นายปลววัชร แยมไสย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์มือถือ 08 0369 5730 E-mail : parawat2521@gmail.com				

แผนงานที่	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ 23	โครงการพัฒนาาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด				
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_84 ร้อยละการเปิดบริการมินิธัญญารักษ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจรในโรงพยาบาลชุมชน				
คำนิยาม	มินิธัญญารักษ์เป็นรูปแบบการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดโดยโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้บริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในระยะกลาง (Intermediate Care) รับผู้ป่วยที่ไม่เหมาะกับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงแบบครบวงจรใกล้บ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในระยะยาว (Long term Care)				
เกณฑ์เป้าหมาย					
100 วันแรก	ปีงบประมาณ 67				
เปิดบริการมินิธัญญารักษ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจรในโรงพยาบาลชุมชน อย่างน้อย 1 แห่ง (ร้อยละ 20)	โรงพยาบาลที่เปิดมินิธัญญารักษ์ได้รับการติดตาม และมีการประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด				
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้สะดวกใกล้บ้าน ลดการตีตรา เพิ่มการยอมรับ และอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน สังคม อย่างปกติสุข 2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดด้วยรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (Intermediate Care) 3. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดด้วยรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term Care) 				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลชุมชน ที่ประสงค์จัดตั้งมินิธัญญารักษ์				
หน่วยที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานผลการสำรวจ ติดตาม ผลการดำเนินงานตามข้อสั่งการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการเร่งด่วนด้านยาเสพติด				
แหล่งข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และจากฐานข้อมูลการบำบัดรักษาเสพติดของประเทศ (บสต.)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีการเปิดมินิธัญญารักษ์				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัด (6 โรงพยาบาล)				
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	-	-	-	-	2 แห่ง (33.33%)
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน, 5 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน, 10 เดือน และ 12 เดือน รอบ 3 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566) รอบ 5 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 กุมภาพันธ์ 2567) รอบ 6 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 มีนาคม 2567) รอบ 9 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 มิถุนายน 2567)				

	รอบ 10 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 กรกฎาคม 2567) รอบ 12 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 กันยายน 2567)																																										
วิธีการประเมินผล	1. การติดตามความก้าวหน้าการเปิดบริการมินิธัญญารักษ์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)																																										
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2567																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 5 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 10 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 15</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 25</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 40</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40																																						
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน(ร้อยละ)																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 เดือน</td> <td><ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 10-11.99</td> <td>ร้อยละ 12-13.99</td> <td>ร้อยละ 14-14.99</td> <td>>ร้อยละ 15</td> </tr> <tr> <td>5 เดือน</td> <td><ร้อยละ 15</td> <td>ร้อยละ 15-16.99</td> <td>ร้อยละ 17-18.99</td> <td>ร้อยละ 19-19.99</td> <td>>ร้อยละ 20</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td><ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20-21.99</td> <td>ร้อยละ 22-23.99</td> <td>ร้อยละ 24-24.99</td> <td>>ร้อยละ 25</td> </tr> <tr> <td>9 เดือน</td> <td><ร้อยละ 25</td> <td>ร้อยละ 25-26.99</td> <td>ร้อยละ 27-28.99</td> <td>ร้อยละ 29-29.99</td> <td>>ร้อยละ 30</td> </tr> <tr> <td>10 เดือน</td> <td><ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 30-31.99</td> <td>ร้อยละ 32-33.99</td> <td>ร้อยละ 34-34.99</td> <td>>ร้อยละ 35</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td><ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 35-36.99</td> <td>ร้อยละ 37-38.99</td> <td>ร้อยละ 39-39.99</td> <td>>ร้อยละ 40</td> </tr> </tbody> </table>	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	3 เดือน	<ร้อยละ 10	ร้อยละ 10-11.99	ร้อยละ 12-13.99	ร้อยละ 14-14.99	>ร้อยละ 15	5 เดือน	<ร้อยละ 15	ร้อยละ 15-16.99	ร้อยละ 17-18.99	ร้อยละ 19-19.99	>ร้อยละ 20	6 เดือน	<ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-21.99	ร้อยละ 22-23.99	ร้อยละ 24-24.99	>ร้อยละ 25	9 เดือน	<ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-26.99	ร้อยละ 27-28.99	ร้อยละ 29-29.99	>ร้อยละ 30	10 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-31.99	ร้อยละ 32-33.99	ร้อยละ 34-34.99	>ร้อยละ 35	12 เดือน	<ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-36.99	ร้อยละ 37-38.99	ร้อยละ 39-39.99	>ร้อยละ 40
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																						
3 เดือน	<ร้อยละ 10	ร้อยละ 10-11.99	ร้อยละ 12-13.99	ร้อยละ 14-14.99	>ร้อยละ 15																																						
5 เดือน	<ร้อยละ 15	ร้อยละ 15-16.99	ร้อยละ 17-18.99	ร้อยละ 19-19.99	>ร้อยละ 20																																						
6 เดือน	<ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-21.99	ร้อยละ 22-23.99	ร้อยละ 24-24.99	>ร้อยละ 25																																						
9 เดือน	<ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-26.99	ร้อยละ 27-28.99	ร้อยละ 29-29.99	>ร้อยละ 30																																						
10 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-31.99	ร้อยละ 32-33.99	ร้อยละ 34-34.99	>ร้อยละ 35																																						
12 เดือน	<ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-36.99	ร้อยละ 37-38.99	ร้อยละ 39-39.99	>ร้อยละ 40																																						
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมจังหวัด(ร้อยละ)																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 เดือน</td> <td><ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 10-11.99</td> <td>ร้อยละ 12-13.99</td> <td>ร้อยละ 14-14.99</td> <td>>ร้อยละ 15</td> </tr> <tr> <td>5 เดือน</td> <td><ร้อยละ 15</td> <td>ร้อยละ 15-16.99</td> <td>ร้อยละ 17-18.99</td> <td>ร้อยละ 19-19.99</td> <td>>ร้อยละ 20</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td><ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20-21.99</td> <td>ร้อยละ 22-23.99</td> <td>ร้อยละ 24-24.99</td> <td>>ร้อยละ 25</td> </tr> <tr> <td>9 เดือน</td> <td><ร้อยละ 25</td> <td>ร้อยละ 25-26.99</td> <td>ร้อยละ 27-28.99</td> <td>ร้อยละ 29-29.99</td> <td>>ร้อยละ 30</td> </tr> <tr> <td>10 เดือน</td> <td><ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 30-31.99</td> <td>ร้อยละ 32-33.99</td> <td>ร้อยละ 34-34.99</td> <td>>ร้อยละ 35</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td><ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 35-36.99</td> <td>ร้อยละ 37-38.99</td> <td>ร้อยละ 39-39.99</td> <td>>ร้อยละ 40</td> </tr> </tbody> </table>	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	3 เดือน	<ร้อยละ 10	ร้อยละ 10-11.99	ร้อยละ 12-13.99	ร้อยละ 14-14.99	>ร้อยละ 15	5 เดือน	<ร้อยละ 15	ร้อยละ 15-16.99	ร้อยละ 17-18.99	ร้อยละ 19-19.99	>ร้อยละ 20	6 เดือน	<ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-21.99	ร้อยละ 22-23.99	ร้อยละ 24-24.99	>ร้อยละ 25	9 เดือน	<ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-26.99	ร้อยละ 27-28.99	ร้อยละ 29-29.99	>ร้อยละ 30	10 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-31.99	ร้อยละ 32-33.99	ร้อยละ 34-34.99	>ร้อยละ 35	12 เดือน	<ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-36.99	ร้อยละ 37-38.99	ร้อยละ 39-39.99	>ร้อยละ 40
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																						
3 เดือน	<ร้อยละ 10	ร้อยละ 10-11.99	ร้อยละ 12-13.99	ร้อยละ 14-14.99	>ร้อยละ 15																																						
5 เดือน	<ร้อยละ 15	ร้อยละ 15-16.99	ร้อยละ 17-18.99	ร้อยละ 19-19.99	>ร้อยละ 20																																						
6 เดือน	<ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-21.99	ร้อยละ 22-23.99	ร้อยละ 24-24.99	>ร้อยละ 25																																						
9 เดือน	<ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-26.99	ร้อยละ 27-28.99	ร้อยละ 29-29.99	>ร้อยละ 30																																						
10 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-31.99	ร้อยละ 32-33.99	ร้อยละ 34-34.99	>ร้อยละ 35																																						
12 เดือน	<ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-36.99	ร้อยละ 37-38.99	ร้อยละ 39-39.99	>ร้อยละ 40																																						
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ร้อยละ ≥ 15 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ร้อยละ ≥ 20 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ร้อยละ ≥ 25 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ร้อยละ ≥ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ร้อยละ ≥ 35 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ร้อยละ ≥ 40 ที่ 5 คะแนน																																										
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ร้อยละ ≥ 15 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ร้อยละ ≥ 20 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ร้อยละ ≥ 25 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ร้อยละ ≥ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ร้อยละ ≥ 35 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ร้อยละ ≥ 40 ที่ 5 คะแนน																																										
ผู้รับผิดชอบการตัวชี้วัด	ชื่อ นายปลววิช แยมไสย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์มือถือ 08 0369 5730 E-mail : parawat2521@gmail.com																																										

แผนงานที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ 23	โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด				
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_85 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป 85.1 ร้อยละการเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป 85.2 ร้อยละหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพ ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป				
คำนิยาม	หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (Psychiatric ward) หมายถึง หอผู้ป่วยเฉพาะทางเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจิตเวชและยาเสพติด หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพ หมายถึง หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ได้รับการประเมินตามแนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติด ดังนี้ 1. ด้านโครงสร้างอาคาร สถานที่ 2. เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ 3. ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 4. ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย				
เกณฑ์เป้าหมาย					
100 วันแรก	ปีงบประมาณ 67				
หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ใน รพศ. / รพท. อย่างน้อย 1 แห่ง (33.33%)	หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพใน รพศ. /รพท. ร้อยละ 50				
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินด้านสุขภาพจิตมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่นและผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนทางกายให้ได้รับการบำบัดรักษาอย่างทันที่ทั้งที่ในโรงพยาบาลใกล้บ้าน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
หน่วยที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานข้อมูลตามที่กำหนด				
แหล่งข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โดยกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (Psychiatric ward)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปที่มีหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละการเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ใน รพศ. รพท. 2. ร้อยละหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดใน รพศ. รพท.	ร้อยละ	-	-	3 แห่ง (100%)

ระยะเวลา ประเมินผล	ทุก 3 , 5 , 6 , 9 , 10 และ 12 เดือน รอบ 3 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566) รอบ 5 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 กุมภาพันธ์ 2567) รอบ 6 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 มีนาคม 2567) รอบ 9 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 มิถุนายน 2567) รอบ 10 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 กรกฎาคม 2567) รอบ 12 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 กันยายน 2567)																																										
วิธีการประเมินผล	1. การติดตามความก้าวหน้าการเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต 2. นิเทศติดตามคุณภาพการจัดบริการของหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด																																										
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2567																																											
1. ร้อยละการเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ใน รพศ. รพท. ได้รับการประเมินตามแนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติด ดังนี้ 1) มีแผนพัฒนา การเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ใน รพศ. รพท. 2) มีการพัฒนาคุณภาพด้านโครงสร้างอาคาร สถานที่ 3) มีการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ 4) มีการพัฒนาคุณภาพด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 5) มีการพัฒนาคุณภาพด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย																																											
2. ร้อยละหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 5 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 10 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 25</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 45</td> <td>ร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50																																						
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน (ร้อยละ)																																											
1. ร้อยละการเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ใน รพศ. รพท.																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 เดือน</td> <td>ขั้นตอนที่ 1</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-2</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-2</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-2</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-2</td> </tr> <tr> <td>5 เดือน</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-2</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-3</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-3</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-4</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-4</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-2</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-3</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-4</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-4</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-5</td> </tr> <tr> <td>9 เดือน</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-3</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-4</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-4</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-5</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-5</td> </tr> <tr> <td>10 เดือน</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-4</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-4</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-5</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-5</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-5</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-4</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-4</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-5</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-5</td> <td>ขั้นตอนที่ 1-5</td> </tr> </tbody> </table>	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	3 เดือน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-2	5 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-4	6 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5	9 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-5	10 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-5	12 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-5
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																						
3 เดือน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-2																																						
5 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-4																																						
6 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5																																						
9 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-5																																						
10 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-5																																						
12 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-5	ขั้นตอนที่ 1-5																																						
2. ร้อยละหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 เดือน</td> <td><ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 10-14.99</td> <td>ร้อยละ 15-19.99</td> <td>ร้อยละ 20-24.99</td> <td>>ร้อยละ 25</td> </tr> <tr> <td>5 เดือน</td> <td><ร้อยละ 15</td> <td>ร้อยละ 15-19.99</td> <td>ร้อยละ 20-24.99</td> <td>ร้อยละ 25-29.99</td> <td>>ร้อยละ 30</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td><ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20-24.99</td> <td>ร้อยละ 25-29.99</td> <td>ร้อยละ 30-34.99</td> <td>>ร้อยละ 35</td> </tr> <tr> <td>9 เดือน</td> <td><ร้อยละ 25</td> <td>ร้อยละ 25-29.99</td> <td>ร้อยละ 30-34.99</td> <td>ร้อยละ 35-39.99</td> <td>>ร้อยละ 40</td> </tr> <tr> <td>10 เดือน</td> <td><ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 30-34.99</td> <td>ร้อยละ 35-39.99</td> <td>ร้อยละ 40-44.99</td> <td>>ร้อยละ 45</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td><ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 35-39.99</td> <td>ร้อยละ 40-44.99</td> <td>ร้อยละ 45-49.99</td> <td>>ร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	3 เดือน	<ร้อยละ 10	ร้อยละ 10-14.99	ร้อยละ 15-19.99	ร้อยละ 20-24.99	>ร้อยละ 25	5 เดือน	<ร้อยละ 15	ร้อยละ 15-19.99	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	>ร้อยละ 30	6 เดือน	<ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	>ร้อยละ 35	9 เดือน	<ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	>ร้อยละ 40	10 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	>ร้อยละ 45	12 เดือน	<ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																						
3 เดือน	<ร้อยละ 10	ร้อยละ 10-14.99	ร้อยละ 15-19.99	ร้อยละ 20-24.99	>ร้อยละ 25																																						
5 เดือน	<ร้อยละ 15	ร้อยละ 15-19.99	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	>ร้อยละ 30																																						
6 เดือน	<ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	>ร้อยละ 35																																						
9 เดือน	<ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	>ร้อยละ 40																																						
10 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	>ร้อยละ 45																																						
12 เดือน	<ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50																																						

หมายเหตุ การประเมินคะแนนในแต่ละช่วงเวลา ภาพรวมของแต่ละหน่วยงานให้นำผลคะแนนที่ได้ของข้อที่ 1 - 2 มารวมกันแล้วหาร 2 จะได้คะแนนในภาพรวมออกมา

เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมจังหวัด(ร้อยละ)

1. ร้อยละการเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ใน รพศ. รพท.

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<ร้อยละ 10	ร้อยละ 10-14.99	ร้อยละ 15-19.99	ร้อยละ 20-24.99	>ร้อยละ 25
5 เดือน	<ร้อยละ 15	ร้อยละ 15-19.99	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	>ร้อยละ 30
6 เดือน	<ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	>ร้อยละ 35
9 เดือน	<ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	>ร้อยละ 40
10 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	>ร้อยละ 45
12 เดือน	<ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50

2. ร้อยละหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	<ร้อยละ 10	ร้อยละ 10-14.99	ร้อยละ 15-19.99	ร้อยละ 20-24.99	>ร้อยละ 25
5 เดือน	<ร้อยละ 15	ร้อยละ 15-19.99	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	>ร้อยละ 30
6 เดือน	<ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	>ร้อยละ 35
9 เดือน	<ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	>ร้อยละ 40
10 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	>ร้อยละ 45
12 เดือน	<ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50

หมายเหตุ การประเมินคะแนนในแต่ละช่วงเวลา ภาพรวมของแต่ละหน่วยงานให้นำผลคะแนนที่ได้ของข้อที่ 1 - 2 มารวมกันแล้วหาร 2 จะได้คะแนนในภาพรวมออกมา

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ร้อยละ ≥ 25 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ร้อยละ ≥ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ร้อยละ ≥ 35 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ร้อยละ ≥ 40 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ร้อยละ ≥ 45 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ร้อยละ ≥ 50 ที่ 5 คะแนน	
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ร้อยละ ≥ 25 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ร้อยละ ≥ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ร้อยละ ≥ 35 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ร้อยละ ≥ 40 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ร้อยละ ≥ 45 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ร้อยละ ≥ 50 ที่ 5 คะแนน	
ผู้รับผิดชอบการตัวชี้วัด	ชื่อ นายปลววัชร แยมไสย กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ 08 0369 5730	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง E-mail : parawat2521@gmail.com

แผนงานที่	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	โครงการพัฒนาาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_86 ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
คำนิยาม	<p>กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน หมายถึง กลุ่มงานที่มีภารกิจและจัดบริการด้านสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด สนับสนุนทั้งด้านวิชาการ และการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในโรงพยาบาลชุมชน โดยได้รับการอนุมัติจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดตามโครงการและกรอบอัตรากำลังจาก อ.ก.พ.กระทรวงสาธารณสุข และมีการจัดทำคำสั่งมอบหมายการดำเนินงานตามโครงสร้างกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด</p> <p>การประเมินและรับรองผล โดยคณะกรรมการประเมินระดับเขตสุขภาพ หมายถึง การประเมินคุณภาพจากคณะกรรมการระดับเขตสุขภาพเพื่อจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน ตามแนวทางแบบประเมิน ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมิน 3 ส่วน คือ</p> <p>ส่วนที่ 1 การประเมินมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (กรมสุขภาพจิต)</p> <p>ส่วนที่ 2 การประเมินคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด (กรมการแพทย์)</p> <p>ส่วนที่ 3 สรุปการประเมินเพื่อตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาล ระดับเขตสุขภาพพร้อมทั้งมีการรวบรวมเอกสารการสรุปการประเมินผลเสนอต่อกองบริหารทรัพยากรบุคคลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	
100 วันแรก	ปีงบประมาณ 67
รพช. ผ่านการประเมินและรับรองผลโดยคณะกรรมการประเมินผลระดับเขตสุขภาพ และดำเนินการเสนอข้อมูลต่อกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 100	รพช. มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อพัฒนาาระบบบริการด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดให้มีความครอบคลุมทุกอำเภอ โดยมีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนในการจัดบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดสำหรับประชาชนในพื้นที่ 2. เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดใกล้บ้าน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง (6 แห่ง)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานข้อมูลตามที่กำหนด
แหล่งข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากสำนักงานเขตสุขภาพ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /โรงพยาบาลชุมชน โดยกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการประเมินและรับรองผลโดยคณะกรรมการประเมินผลระดับเขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการอนุมัติโครงสร้างกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการประเมินและรับรองผลโดยคณะกรรมการประเมินผลระดับเขตสุขภาพสูตรคำนวณ = $(A/C) \times 100$ 2. ร้อยละโรงพยาบาลชุมชนที่มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดสูตรคำนวณ = $(B/C) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2564	2565	2566	
	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด	ร้อยละ	5 แห่ง 83.33%	5 แห่ง 83.33%	5 แห่ง 83.33%	
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 , 5 , 6 , 9 , 10 และ 12 เดือน รอบ 3 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566) รอบ 5 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 กุมภาพันธ์ 2567) รอบ 6 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 มีนาคม 2567) รอบ 9 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 มิถุนายน 2567) รอบ 10 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 กรกฎาคม 2567) รอบ 12 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 กันยายน 2567)					
วิธีการประเมินผล	ประเมินโดยการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจาก 1. โรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการประเมินและรับรองผลโดยคณะกรรมการประเมินผลระดับเขตสุขภาพ 2. โรงพยาบาลชุมชนที่จัดทำคำสั่งมอบหมายการดำเนินงานตามโครงสร้างกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด 3. โรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการอนุมัติโครงสร้างกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด จาก อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข/ อ.ก.พ.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2567						
	รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน(ร้อยละ)						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	<ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-29.99	ร้อยละ 30-39.99	ร้อยละ 40-49.99	>ร้อยละ 50	
5 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-39.99	ร้อยละ 40-49.99	ร้อยละ 50-59.99	>ร้อยละ 60	
6 เดือน	<ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-49.99	ร้อยละ 50-59.99	ร้อยละ 60-69.99	>ร้อยละ 70	
9 เดือน	<ร้อยละ 50	ร้อยละ 50-59.99	ร้อยละ 60-69.99	ร้อยละ 70-79.99	>ร้อยละ 80	
10 เดือน	<ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-69.99	ร้อยละ 70-79.99	ร้อยละ 80-89.99	>ร้อยละ 90	
12 เดือน	<ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-79.99	ร้อยละ 80-89.99	ร้อยละ 90-99.99	ร้อยละ 100	
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมจังหวัด(ร้อยละ)						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	<ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-29.99	ร้อยละ 30-39.99	ร้อยละ 40-49.99	>ร้อยละ 50	
5 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-39.99	ร้อยละ 40-49.99	ร้อยละ 50-59.99	>ร้อยละ 60	
6 เดือน	<ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-49.99	ร้อยละ 50-59.99	ร้อยละ 60-69.99	>ร้อยละ 70	
9 เดือน	<ร้อยละ 50	ร้อยละ 50-59.99	ร้อยละ 60-69.99	ร้อยละ 70-79.99	>ร้อยละ 80	
10 เดือน	<ร้อยละ 60	ร้อยละ 60-69.99	ร้อยละ 70-79.99	ร้อยละ 80-89.99	>ร้อยละ 90	
12 เดือน	<ร้อยละ 70	ร้อยละ 70-79.99	ร้อยละ 80-89.99	ร้อยละ 90-99.99	ร้อยละ 100	

แผนงานที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ 23	โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด				
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_87 ร้อยละของศูนย์คัดกรอง มีบทบาทในด้านของการคัดกรองยาเสพติด/บำบัดรักษาผู้ใช้ ยาเสพติดและส่งต่อผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ให้โรงพยาบาลแม่ข่าย และนำข้อมูลสู่ระบบ รายงาน บสต. ตามประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่				
คำนิยาม	<p>“การคัดกรอง” หมายความว่า การคัดกรองและประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติด ภาวะความเสี่ยงทางสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต</p> <p>“ศูนย์คัดกรอง” หมายความว่า ศูนย์คัดกรองและประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติด ภาวะความเสี่ยงทางสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตทุกแห่งในจังหวัด ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	
	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	
วัตถุประสงค์	ศูนย์คัดกรองมีหน้าที่คัดกรองและประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติด ภาวะความเสี่ยงทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมถึงปัญหาด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับการติดยาเสพติด และวิเคราะห์จำแนกระดับความรุนแรง และวางแผนการดูแลบำบัดรักษาหรือการส่งต่อที่เหมาะสม รวดเร็วและปลอดภัย โดยมีกระบวนการดำเนินงานตามประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง สังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข/ PCC. /รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังท้องถิ่นทั้งหมด				
หน่วยที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข/ PCC. /รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังท้องถิ่นทั้งหมด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการคัดกรอง บำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากกรรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การคัดกรอง บำบัดรักษา จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษาเสพติดของประเทศ (บสต.)				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการคัดกรอง การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากศูนย์คัดกรอง และสถานพยาบาลยาเสพติดในพื้นที่				
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนศูนย์คัดกรองที่มีผลการดำเนินงานคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนศูนย์คัดกรองทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียน สลบ. สธ.				
สูตรคำนวณ	= (A/B) x 100				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	ร้อยละของศูนย์คัดกรองที่มีผลการดำเนินงาน ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 , 5 , 6 , 9 , 10 และ 12 เดือน รอบ 3 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566) รอบ 5 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 กุมภาพันธ์ 2567) รอบ 6 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 มีนาคม 2567) รอบ 9 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 มิถุนายน 2567)				

	รอบ 10 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 กรกฎาคม 2567) รอบ 12 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 กันยายน 2567)																																										
วิธีการประเมินผล	รวบรวมข้อมูลผลการคัดกรอง บำบัดรักษาและบันทึกรายงานในฐานะข้อมูลบำบัดรักษาพยาบาลติดของ ประเทศ (บสต.) ประเมินผล โดย สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข																																										
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2567																																											
	<table border="1"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 5 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 10 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 45</td> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 55</td> <td>ร้อยละ 60</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60																																						
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน(ร้อยละ)																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 เดือน</td> <td><ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20-24.99</td> <td>ร้อยละ 25-29.99</td> <td>ร้อยละ 30-34.99</td> <td>>ร้อยละ 35</td> </tr> <tr> <td>5 เดือน</td> <td><ร้อยละ 25</td> <td>ร้อยละ 25-29.99</td> <td>ร้อยละ 30-34.99</td> <td>ร้อยละ 35-39.99</td> <td>>ร้อยละ 40</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td><ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 30-34.99</td> <td>ร้อยละ 35-39.99</td> <td>ร้อยละ 40-44.99</td> <td>>ร้อยละ 45</td> </tr> <tr> <td>9 เดือน</td> <td><ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 35-39.99</td> <td>ร้อยละ 40-44.99</td> <td>ร้อยละ 45-49.99</td> <td>>ร้อยละ 50</td> </tr> <tr> <td>10 เดือน</td> <td><ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 40-44.99</td> <td>ร้อยละ 45-49.99</td> <td>ร้อยละ 50-54.99</td> <td>>ร้อยละ 55</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td><ร้อยละ 45</td> <td>ร้อยละ 45-49.99</td> <td>ร้อยละ 50-54.99</td> <td>ร้อยละ 55-59.99</td> <td>>ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table>	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	3 เดือน	<ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	>ร้อยละ 35	5 เดือน	<ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	>ร้อยละ 40	6 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	>ร้อยละ 45	9 เดือน	<ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50	10 เดือน	<ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	>ร้อยละ 55	12 เดือน	<ร้อยละ 45	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	>ร้อยละ 60
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																						
3 เดือน	<ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	>ร้อยละ 35																																						
5 เดือน	<ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	>ร้อยละ 40																																						
6 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	>ร้อยละ 45																																						
9 เดือน	<ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50																																						
10 เดือน	<ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	>ร้อยละ 55																																						
12 เดือน	<ร้อยละ 45	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	>ร้อยละ 60																																						
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมจังหวัด(ร้อยละ)																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 เดือน</td> <td><ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20-24.99</td> <td>ร้อยละ 25-29.99</td> <td>ร้อยละ 30-34.99</td> <td>>ร้อยละ 35</td> </tr> <tr> <td>5 เดือน</td> <td><ร้อยละ 25</td> <td>ร้อยละ 25-29.99</td> <td>ร้อยละ 30-34.99</td> <td>ร้อยละ 35-39.99</td> <td>>ร้อยละ 40</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td><ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 30-34.99</td> <td>ร้อยละ 35-39.99</td> <td>ร้อยละ 40-44.99</td> <td>>ร้อยละ 45</td> </tr> <tr> <td>9 เดือน</td> <td><ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 35-39.99</td> <td>ร้อยละ 40-44.99</td> <td>ร้อยละ 45-49.99</td> <td>>ร้อยละ 50</td> </tr> <tr> <td>10 เดือน</td> <td><ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 40-44.99</td> <td>ร้อยละ 45-49.99</td> <td>ร้อยละ 50-54.99</td> <td>>ร้อยละ 55</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td><ร้อยละ 45</td> <td>ร้อยละ 45-49.99</td> <td>ร้อยละ 50-54.99</td> <td>ร้อยละ 55-59.99</td> <td>>ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table>	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	3 เดือน	<ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	>ร้อยละ 35	5 เดือน	<ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	>ร้อยละ 40	6 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	>ร้อยละ 45	9 เดือน	<ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50	10 เดือน	<ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	>ร้อยละ 55	12 เดือน	<ร้อยละ 45	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	>ร้อยละ 60
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																						
3 เดือน	<ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	>ร้อยละ 35																																						
5 เดือน	<ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	>ร้อยละ 40																																						
6 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	>ร้อยละ 45																																						
9 เดือน	<ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50																																						
10 เดือน	<ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	>ร้อยละ 55																																						
12 เดือน	<ร้อยละ 45	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	>ร้อยละ 60																																						
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ร้อยละ 25 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 35 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ร้อยละ 30 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 40 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ร้อยละ 35 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 45 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ร้อยละ 40 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 50 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ร้อยละ 45 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 55 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ร้อยละ 50 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 60 ที่ 5 คะแนน																																										
การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ร้อยละ 25 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 35 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ร้อยละ 30 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 40 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ร้อยละ 35 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 45 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ร้อยละ 40 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 50 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ร้อยละ 45 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 55 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ร้อยละ 50 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 60 ที่ 5 คะแนน																																										
ผู้รับผิดชอบการ ตัวชี้วัด	ชื่อ นายปลวัวร์ แฉ่มไสย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์มือถือ 08 0369 5730 E-mail : parawat2521@gmail.com																																										

แผนงานที่	การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการ	โครงการพัฒนาาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด											
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_88 ร้อยละของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม มีบทบาทในด้านการติดตามผู้ที่จบการบำบัดรักษา/ช่วยเหลือทางสังคมและนำข้อมูลสู่ระบบ บสต. ตามประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่											
คำนิยาม	“การฟื้นฟูสภาพทางสังคม” หมายถึง การกระทำใด ๆ อันเป็นการสงเคราะห์สนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาได้รับการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตทางด้านที่อยู่อาศัย การศึกษา อาชีพ ตลอดจนการติดตามดูแลช่วยเหลือ จนสามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข “ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม” หมายถึง สถานที่ทำการฟื้นฟู สภาพทางสังคมแก่ ผู้ติดยาเสพติด หรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา ภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย เพื่อติดตาม ดูแล ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ความช่วยเหลือและ สงเคราะห์แก่ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาฯ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ ร.ม.ว.ส.ร.กำหนดในกฎกระทรวง											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 65</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 75</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70									
ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75									
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ด้วยการเสริมสร้างความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย จิตใจ และการปรับเปลี่ยนทัศนคติ สร้างความเข้าใจในการใช้ชีวิต การฝึกอาชีพและการประกอบอาชีพ หรือการทำงาน โดยศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม สังกัดกระทรวงมหาดไทย ที่ว่าการอำเภอ และ อปท.											
หน่วยที่รับการประเมิน	โรงพยาบาล ทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง รพ.สต.ทุกแห่ง โดยประเมินรวม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังท้องถิ่นทั้งหมด											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการดำเนินงานของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่ติดตามช่วยเหลือ ดูแล สงเคราะห์ ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการคัดกรองบำบัดรักษา จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)											
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการติดตามช่วยเหลือ ดูแล สงเคราะห์ผู้ป่วยยาเสพติด จากศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม											
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ที่มีบทบาทในด้านการติดตามผู้ที่จบการบำบัดรักษา/ช่วยเหลือทางสังคมและนำข้อมูลสู่ระบบ บสต.ตามประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่											
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน											
สูตรคำนวณ	= (A/B) x 100											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.									
			2564	2565	2566							
	ร้อยละของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ที่มีผลการดำเนินงาน ตามประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่	ร้อยละ	-	-	2.27							

ระยะเวลา ประเมินผล	ทุก 3 , 5 , 6 , 9 , 10 และ 12 เดือน รอบ 3 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566) รอบ 5 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 กุมภาพันธ์ 2567) รอบ 6 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 มีนาคม 2567) รอบ 9 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 มิถุนายน 2567) รอบ 10 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 กรกฎาคม 2567) รอบ 12 เดือน (วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 20 กันยายน 2567)																																										
วิธีการประเมินผล	รวบรวมข้อมูลผลการติดตาม ดูแล ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ความช่วยเหลือและสงเคราะห์แก่ผู้ เข้ารับการบำบัดรักษา และบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ(บสต.) ประเมินผล โดย สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข																																										
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2567																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 5 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 10 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 45</td> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 55</td> <td>ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60																														
รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน																																						
ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60																																						
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน(ร้อยละ)																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 เดือน</td> <td><ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20-24.99</td> <td>ร้อยละ 25-29.99</td> <td>ร้อยละ 30-34.99</td> <td>>ร้อยละ 35</td> </tr> <tr> <td>5 เดือน</td> <td><ร้อยละ 25</td> <td>ร้อยละ 25-29.99</td> <td>ร้อยละ 30-34.99</td> <td>ร้อยละ 35-39.99</td> <td>>ร้อยละ 40</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td><ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 30-34.99</td> <td>ร้อยละ 35-39.99</td> <td>ร้อยละ 40-44.99</td> <td>>ร้อยละ 45</td> </tr> <tr> <td>9 เดือน</td> <td><ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 35-39.99</td> <td>ร้อยละ 40-44.99</td> <td>ร้อยละ 45-49.99</td> <td>>ร้อยละ 50</td> </tr> <tr> <td>10 เดือน</td> <td><ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 40-44.99</td> <td>ร้อยละ 45-49.99</td> <td>ร้อยละ 50-54.99</td> <td>>ร้อยละ 55</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td><ร้อยละ 45</td> <td>ร้อยละ 45-49.99</td> <td>ร้อยละ 50-54.99</td> <td>ร้อยละ 55-59.99</td> <td>>ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table>	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	3 เดือน	<ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	>ร้อยละ 35	5 เดือน	<ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	>ร้อยละ 40	6 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	>ร้อยละ 45	9 เดือน	<ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50	10 เดือน	<ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	>ร้อยละ 55	12 เดือน	<ร้อยละ 45	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	>ร้อยละ 60
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																						
3 เดือน	<ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	>ร้อยละ 35																																						
5 เดือน	<ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	>ร้อยละ 40																																						
6 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	>ร้อยละ 45																																						
9 เดือน	<ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50																																						
10 เดือน	<ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	>ร้อยละ 55																																						
12 เดือน	<ร้อยละ 45	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	>ร้อยละ 60																																						
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมจังหวัด(ร้อยละ)																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 เดือน</td> <td><ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 20-24.99</td> <td>ร้อยละ 25-29.99</td> <td>ร้อยละ 30-34.99</td> <td>>ร้อยละ 35</td> </tr> <tr> <td>5 เดือน</td> <td><ร้อยละ 25</td> <td>ร้อยละ 25-29.99</td> <td>ร้อยละ 30-34.99</td> <td>ร้อยละ 35-39.99</td> <td>>ร้อยละ 40</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td><ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 30-34.99</td> <td>ร้อยละ 35-39.99</td> <td>ร้อยละ 40-44.99</td> <td>>ร้อยละ 45</td> </tr> <tr> <td>9 เดือน</td> <td><ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 35-39.99</td> <td>ร้อยละ 40-44.99</td> <td>ร้อยละ 45-49.99</td> <td>>ร้อยละ 50</td> </tr> <tr> <td>10 เดือน</td> <td><ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 40-44.99</td> <td>ร้อยละ 45-49.99</td> <td>ร้อยละ 50-54.99</td> <td>>ร้อยละ 55</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td><ร้อยละ 45</td> <td>ร้อยละ 45-49.99</td> <td>ร้อยละ 50-54.99</td> <td>ร้อยละ 55-59.99</td> <td>>ร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table>	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	3 เดือน	<ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	>ร้อยละ 35	5 เดือน	<ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	>ร้อยละ 40	6 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	>ร้อยละ 45	9 เดือน	<ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50	10 เดือน	<ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	>ร้อยละ 55	12 เดือน	<ร้อยละ 45	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	>ร้อยละ 60
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																						
3 เดือน	<ร้อยละ 20	ร้อยละ 20-24.99	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	>ร้อยละ 35																																						
5 เดือน	<ร้อยละ 25	ร้อยละ 25-29.99	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	>ร้อยละ 40																																						
6 เดือน	<ร้อยละ 30	ร้อยละ 30-34.99	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	>ร้อยละ 45																																						
9 เดือน	<ร้อยละ 35	ร้อยละ 35-39.99	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	>ร้อยละ 50																																						
10 เดือน	<ร้อยละ 40	ร้อยละ 40-44.99	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	>ร้อยละ 55																																						
12 เดือน	<ร้อยละ 45	ร้อยละ 45-49.99	ร้อยละ 50-54.99	ร้อยละ 55-59.99	>ร้อยละ 60																																						
เกณฑ์การ ประเมินภาพรวม ของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ร้อยละ 25 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 35 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ร้อยละ 30 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 40 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ร้อยละ 35 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 45 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ร้อยละ 40 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 50 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ร้อยละ 45 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 55 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ร้อยละ 50 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 60 ที่ 5 คะแนน																																										

<p>การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด</p>	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ที่ร้อยละ 25 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 35 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ร้อยละ 30 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 40 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ร้อยละ 35 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 45 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ร้อยละ 40 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 50 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ร้อยละ 45 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 55 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ร้อยละ 50 ที่ 3 คะแนน ร้อยละ ≥ 60 ที่ 5 คะแนน</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการ ตัวชี้วัด</p>	<p>ชื่อ นายปลวัชร แยมไสย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง</p> <p>โทรศัพท์มือถือ 08 0369 5730 E-mail : parawat2521@gmail.com</p>

แผนที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	โครงการการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC)
ชื่อตัวชี้วัด	<p>MOU_89 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน</p> <p>MOU_90 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed</p> <p>MOU_91 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน</p>
คำนิยาม	<p>การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง <u>ใน รพ.ทุกระดับ (A/S/M/ F) โดยให้บริการ ผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) ผู้ป่วยนอก และให้บริการในชุมชน เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน เยี่ยมบ้าน เป็นต้น</u></p> <p>*ผู้ป่วย Intermediate care หมายถึง ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fragility hip fracture รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairments</p> <p>Intermediate ward คือ การให้บริการ Intensive inpatient rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วัน ต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก 1</p> <p>Intermediate bed คือ การให้บริการ Inpatient rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)</p> <p>การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ</p> <p>กิจกรรมการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และแก้ไขการพูด ทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐ และภายนอก เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน คลินิกกายภาพบำบัดเอกชนที่ขึ้นทะเบียน</p>

หมายเหตุ		
-การให้บริการ intermediate bed/ward สามารถให้บริการได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ		
คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริหารพื้นที่สภาระยะกลาง
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	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
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

เกณฑ์เป้าหมาย			
MOU_89 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน			
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85
MOU_90 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed			
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
MOU_91 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน			
ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Hip Fracture (Fragility fracture) โดยผู้ป่วยได้รับการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้าน และชุมชน 		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำ ทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) 		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์		
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2 และ F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษารับส่งต่อผู้ป่วย		
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพพระยะกลาง* และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20		
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริหารฟื้นฟูสภาพพระยะกลาง		
รายการข้อมูล 3	A2 = จำนวนผู้ป่วย IMC มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed		

รายการข้อมูล 4	$B2 = \text{จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed ทั้งหมด}$
รายการข้อมูล 5	$A3 = \text{จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน}$
รายการข้อมูล 6	$B3 = \text{จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง}$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\text{MOU}_{89} \text{ ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index} = 20 \text{ ก่อนครบ 6 เดือน} = (A1/B1) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\text{MOU}_{90} \text{ ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed} = (A2/B2) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\text{MOU}_{91} \text{ ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน} = (A3/B3) \times 100$
หมายเหตุ	<p><u>คำชี้แจงการลงข้อมูลตัวชี้วัด</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเข้ารับบริการการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับ ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก 2. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูฯ นับรวมผู้ป่วยที่เข้าระบบทั้งหมดในช่วงเวลานับย้อนหลัง ตามไตรมาส ตั้งแต่ ตุลาคม 2566 – กันยายน 2567 3. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการดูแลและติดตามนับรวมในการเก็บข้อมูล 4. ควรใช้ Barthel ADL index เพื่อวัดผลลัพธ์การดำเนินการ
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส
วิธีการประเมินผล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานการจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานจากคณะกรรมการ Service Plan จังหวัด หรือผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. งานวิจัยการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2552 2. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) พ.ศ.2559 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3) สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ 3. งานวิจัยการประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) พ.ศ.2562 4. งานวิจัยต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลัน ด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก พ.ศ.2562 5. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Guideline for Intermediate care service plan) ฉบับปรับปรุง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 6. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ 7. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทระยะกลาง พ.ศ. 2565 สถาบันประสาทวิทยา 8. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้ดูแลโรคหลอดเลือดหัวใจ พ.ศ. 2566

ภาคผนวกรายละเอียดตัวชี้วัด การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care : IMC)

ภาคผนวก 1 เกณฑ์การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)

โรงพยาบาล..... จังหวัด..... ระดับ

.....
 ประเมินเฉพาะ Intermediate bed หรือ ward เพียงอย่างเดียวหนึ่งตามที่ รพ.ได้ถูกกำหนด โดยใช้เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับการดำเนินงาน

ประเด็น	<input type="checkbox"/> Intermediate bed	<input type="checkbox"/> Intermediate ward	ผ่าน ¹	ไม่ผ่าน
1. จำนวนและลักษณะเตียง	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีอย่างน้อย 2 เตียง ○ เตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้)หนึ่งเตียง และเตียงเตี้ยหนึ่งเตียง ○ มีช่องว่างระหว่างเตียง อย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 1 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก 	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีอย่างน้อย 6 เตียง ○ มีเตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) และเตียงเตี้ย อย่างละครึ่ง ○ มีช่องว่างระหว่างเตียง อย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 2 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก 		
2. ห้องน้ำในห้องผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในห้องผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> ○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในห้องผู้ป่วย 		
3. บุคลากรขั้นต่ำ	<ul style="list-style-type: none"> ○ แพทย์ ○ พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 3 - 5 วัน) ○ นักกายภาพบำบัด 	<ul style="list-style-type: none"> ○ แพทย์ ○ พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 4 เดือน หรือสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง) ○ นักกายภาพบำบัด ○ นักกิจกรรมบำบัด (ควรมี) ○ นักจิตวิทยา หรือพยาบาลจิตเวช (ควรมี) 		
4. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Problem list & plan ○ Team meeting report (1 ครั้ง/สัปดาห์) ○ Standing doctor order sheet ○ Activities protocol 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Problem list & plan ○ Team meeting report with goal setting ○ Standing doctor order sheet ○ Activities protocol (รวมเวลาการฟื้นฟู อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์) 		
5. มีการบริบาลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนอก (OPD protocol)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Physical therapy อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง จำนวนอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Nursing care อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Physical therapy อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง จำนวนอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Occupational therapy (ถ้ามี) อย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง จำนวนอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 ○ Nursing care อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 		
6. มีการบริบาลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (Home care & therapy)	<ul style="list-style-type: none"> ○ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน หรือเยี่ยมผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลโดยสหสาขาวิชาชีพ (Telehealth หรือ Telemedicine) ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 	<ul style="list-style-type: none"> ○ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน หรือเยี่ยมผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลโดยสหสาขาวิชาชีพ (Telehealth หรือ Telemedicine) ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20 		
7. ยาและเวชภัณฑ์ (Medication and Medicament) ²	<ul style="list-style-type: none"> ○ ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen (บักลูเฟน ซ) ○ ยาสวนอุจจาระ เช่น unison enema ○ สายสวนปัสสาวะ ได้แก่ self silicone catheter 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen, Tizanidine (บักลูเฟน ซ) ○ ยาสวนอุจจาระ เช่น unison enema ○ สายสวนปัสสาวะ ได้แก่ self silicone catheter 		
8. อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (Assistive devices) ²	<ul style="list-style-type: none"> ○ Shoulder – Bobath sling ○ Plastic AFO ○ One-point cane ○ Tripod or quad cane 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Shoulder- Bobath sling ○ Plastic AFO ○ Cane: One-point cane, tripod cane, quad cane 		

ประเด็น	<input type="checkbox"/> Intermediate bed	<input type="checkbox"/> Intermediate ward	ผ่าน ¹	ไม่ผ่าน
		<input type="radio"/> Wheelchair <input type="radio"/> Metal KAFO		
สรุปการประเมิน IMC bed/ward <input type="checkbox"/> ผ่าน หมายถึง ผ่านทุกข้อ (ข้อ 1 - 8) <input type="checkbox"/> ผ่านอย่างมีเงื่อนไข หมายถึง ผ่านเกณฑ์ข้อ 1 - 6 ส่วนข้อ 7 - 8 มีแผนการพัฒนา <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 1 - 6				

หมายเหตุ: 1. ต้องมีการดำเนินการทุกรายการในแต่ละข้อ จึงจะถือว่าผ่านในแต่ละข้อนั้น ๆ (ไม่นับรวมรายการที่ระบุถ้ามี/ควรมี)

2. ข้อ 7 – 8 หากรายการใดไม่มีบริการในโรงพยาบาลแต่มีการบริหารจัดการภายในจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ถือว่าผ่าน

แผนการพัฒนา ได้แก่

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก 2 IPD care protocol

ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities

Problem list & Plan for Intermediate Care (สหวิชาชีพ)		ชื่อ..... ตึก..... HN..... AN.....		
รพ.				
Diagnosis <input type="checkbox"/> Stroke..... <input type="checkbox"/> Traumatic Brain Injury..... <input type="checkbox"/> SCI.....		Underlying disease • • •		
Problem list วันที่.....	Plan of management			
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
<input type="checkbox"/> Hemiplegia <input type="checkbox"/> Quadriplegia <input type="checkbox"/> Paraplegia	<input type="checkbox"/> ตรวจสอบประเมินกำลังกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) <input type="checkbox"/> วางแผนการให้บริการ <input type="checkbox"/> Gait aids: เครื่องช่วยเดิน <input type="checkbox"/> Wheelchair	<input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate <input type="checkbox"/> กระตุ้นญาติ/ ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย <input type="checkbox"/> พลิกดะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> ประสานเตรียมปรับสภาพบ้าน	<input type="checkbox"/> Exercise training <input type="checkbox"/> Functional training <input type="checkbox"/> Bilateral movement training <input type="checkbox"/> Transfer training <input type="checkbox"/> Ambulation training <input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ADL evaluation and training <input type="checkbox"/> Hand function training <input type="checkbox"/> ประเมินการปรับสภาพบ้าน <input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
<input type="checkbox"/> Postural hypotension	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย <input type="checkbox"/> Check CBC/ correct anemia	<input type="checkbox"/> Elastic bandage ที่ขา <input type="checkbox"/> Abdominal binder <input type="checkbox"/> ปรับหัวเตียงสูงอย่างสม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/> Check BP ก่อนยกหัวสูง <input type="checkbox"/> Tilt table <input type="checkbox"/> reclining wheelchair	<input type="checkbox"/> ใช้ reclining wheelchair ขณะฝึก
<input type="checkbox"/> Spasticity <input type="checkbox"/> Contracture	<input type="checkbox"/> ประเมิน ROM <input type="checkbox"/> ยาลดเกร็ง (เช่น Baclofen) <input type="checkbox"/> Plastic AFO	<input type="checkbox"/> จัดท่านอนเพื่อป้องกันภาวะข้อยึดติด	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Stretching exercise <input type="checkbox"/> Physical modality	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Stretching exercise <input type="checkbox"/> Orthosis
<input type="checkbox"/> Shoulder subluxation <input type="checkbox"/> Shoulder hand syndrome	<input type="checkbox"/> Shoulder sling <input type="checkbox"/> Prednisolone (for shoulder hand syndrome)	<input type="checkbox"/> จัดท่านอน ท่านั่ง อย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงการดึง กัดทับแขน <input type="checkbox"/> เคลื่อนย้ายตัวอย่างถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder <input type="checkbox"/> Positioning	<input type="checkbox"/> Shoulder sling <input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder <input type="checkbox"/> Positioning
<input type="checkbox"/> Neuropathic pain	<input type="checkbox"/> วินิจฉัยและประเมินความรุนแรง <input type="checkbox"/> Neuropathic drug	<input type="checkbox"/> Patient education	<input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> Patient education	<input type="checkbox"/> Diversional activities <input type="checkbox"/> Patient education
<input type="checkbox"/> Dysphagia	<input type="checkbox"/> พิจารณา on หรือ off NG-tube หรือ NG+oral ตามผลประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ประเมินสภาวะโภชนาการ	<input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ดูแลความสะอาดช่องปาก <input type="checkbox"/> จัดท่า/ป้องกันการสำลัก <input type="checkbox"/> ยกศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา ขณะทานอาหาร		<input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ฝึกกลืน <input type="checkbox"/> ฝึกการแปรงฟัน/ ดูแลความสะอาดช่องปาก
<input type="checkbox"/> Aphasia <input type="checkbox"/> Dysarthria	<input type="checkbox"/> จำแนกประเภทของ aphasia motor/ sensory/ global	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์หรือสื่อช่วยในการสื่อสาร
<input type="checkbox"/> Neglect	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม
<input type="checkbox"/> Neurogenic bladder	<input type="checkbox"/> Intermittent cath <input type="checkbox"/> CIC program <input type="checkbox"/> Retain Foley's cath	<input type="checkbox"/> Intermittent cath <input type="checkbox"/> CIC program <input type="checkbox"/> Retain Foley's cath	<input type="checkbox"/> Train toilet transfer	<input type="checkbox"/> ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> ฝึกทำความสะอาดร่างกาย <input type="checkbox"/> ฝึกการใช้ห้องน้ำ
<input type="checkbox"/> Neurogenic bowel	<input type="checkbox"/> ให้อาหาร <input type="checkbox"/> Order สวนอุจจาระ	<input type="checkbox"/> ฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา <input type="checkbox"/> สวนอุจจาระ <input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate	<input type="checkbox"/> Train toilet transfer <input type="checkbox"/> Active exercise <input type="checkbox"/> Ambulation	<input type="checkbox"/> Train toileting <input type="checkbox"/> ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> ฝึกทำความสะอาดร่างกาย
<input type="checkbox"/> Pressure ulcer grade.....	<input type="checkbox"/> Debridement <input type="checkbox"/> Antibiotic <input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Assess risks/ เสี่ยงเนื้องอกที่แตก <input type="checkbox"/> Dressing wound <input type="checkbox"/> พลิกดะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> Train weight relief / shifting in bed and in wheelchair	<input type="checkbox"/> Provide proper foam seat cushion
<input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Cognitive deficits <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Hypoarousal/sleep disturb.		<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกรับรู้ <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านกรรับรู้ <input type="checkbox"/> ความคิด ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกรับรู้ <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านกรรับรู้ <input type="checkbox"/> ความคิด ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกรับรู้ <input type="checkbox"/> Sensory – specific training <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านกรรับรู้ <input type="checkbox"/> ความคิด ความเข้าใจ
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

protocol

*หมายเหตุ นักกิจกรรมบำบัดสามารถให้บริการโดยบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติแทน

Team Meeting Report

รพ.
วันที่.....เวลา.....

ชื่อ.....	ตึก.....
HN.....	AN.....

สรุปประเด็น	
การเตรียมบ้าน หรือ ปรับสภาพบ้าน	<input type="checkbox"/> เตียงผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ประสานกองทุนฟื้นฟูจังหวัด <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน..... <input type="checkbox"/> ที่นอนลม <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... <input type="checkbox"/> วัสดุอุปกรณ์.....

Problem (√ or ×)	Goal / Plan of management
<input type="checkbox"/> ADL.....	Level of Assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist
<input type="checkbox"/> Ambulation.....	<input type="checkbox"/> Walk with..... <input type="checkbox"/> Bed mobility/ sitting balance <input type="checkbox"/> Wheelchair <input type="checkbox"/> Physiologic standing
<input type="checkbox"/> Swallowing.....	<input type="checkbox"/> NG tube <input type="checkbox"/> Oral (<input type="checkbox"/> Compensate <input type="checkbox"/> Positioning <input type="checkbox"/> NG tube + oral <input type="checkbox"/> Diet modification)
<input type="checkbox"/> Bowel.....	<input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมสำเร็จรูป/ แผ่นรองกันเบื่อน <input type="checkbox"/> ให้อาหารบาย/ หรือสวนอุจจาระ <input type="checkbox"/> ควบคุมอุจจาระได้เอง
<input type="checkbox"/> Bladder.....	<input type="checkbox"/> On Foley's cath <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมสำเร็จรูป/ แผ่นรองกันเบื่อน <input type="checkbox"/> CIC (Intermittent cath) <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> ควบคุมปัสสาวะได้เอง
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

แผนการดูแลต่อเนื่อง (ตามรายชื่อทีมสหวิชาชีพ)			
<input type="checkbox"/> Doctor (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> นัด follow up.....	<input type="checkbox"/> Plan admit เพื่อฟื้นฟูอีกครั้ง	<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน
<input type="checkbox"/> PT (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> ฝึกต่อแบบ OPD case	<input type="checkbox"/> Home program / สอนญาติ	<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน
<input type="checkbox"/> พยาบาลวิชาชีพ (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน	<input type="checkbox"/> ส่งต่อ รพ.สต./ PCC / HHC	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
<input type="checkbox"/> Psychologist/Psychiatric nurse (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> นัด follow up.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน
<input type="checkbox"/> Nutritionist (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> นัด follow up.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน
<input type="checkbox"/> แพทย์แผนไทย (ชื่อ).....	<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน		
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

ครั้งที่	(วัน/ เดือน/ปี) ที่ประเมิน	รายละเอียด Modified Barthel Index											คะแนนรวม
		Feeding (0, 1, 2)	Transfer (0, 1, 2, -)	Grooming (0, 1)	Toilet use (0, 1, 2)	Bathing (0, 1)	Mobility (0, 1, 2, 3)	Stairs (0, 1)	Dressing (0, 1, 2)	Bowels (0, 1, 2)	Bladder (0, 1, 2)		
admit													20
D/C													

ภาคผนวก 3 Care protocol สำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

- 1) Problem list & plan
- 2) Standing doctor order sheet
- 3) Team meeting report

PROBLEM LIST & CARE PLAN FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

หน้า 1

Diagnosis: Underlying disease: Premorbid status: ADL..... Ambulation..... <input type="radio"/> Community ambulator <input type="radio"/> Household ambulator <input type="radio"/> Non-ambulator		ชื่อ-สกุล: อายุ: ปี หรือผู้ป่วย: HN: AN.....		
PROBLEM LIST	PLAN OF MANAGEMENT			
DATE	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
<input type="checkbox"/> Hip fracture	<input type="checkbox"/> ตรวจประเมิน impairment <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินกำลังกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ตั้งเป้าหมายการฟื้นฟู (Goals setting) <input type="checkbox"/> วางแผนการดูแลและการให้บริการฟื้นฟู <input type="checkbox"/> สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินและให้อุปกรณ์ช่วยเดิน (gait aids)/ wheelchair <input type="checkbox"/> วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย <input type="checkbox"/> การส่งต่อผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สื่อสารข้อมูลกับทีม	<input type="checkbox"/> ตรวจประเมิน impairment <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินทางการพยาบาลฟื้นฟู <input type="checkbox"/> ส่งเสริมการเคลื่อนไหวออกจากเตียงโดยเร็ว (early mobilization) <input type="checkbox"/> กระตุ้น Breathing exercise <input type="checkbox"/> กระตุ้นญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแล <input type="checkbox"/> การป้องกันกระดูกหักเคลื่อน <input type="checkbox"/> การป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด <input type="checkbox"/> แนะนำการปรับบ้าน/สิ่งแวดล้อม (Home modification) ที่ปลอดภัย <input type="checkbox"/> สื่อสารและประสานงานกับทีม	<input type="checkbox"/> ตรวจประเมิน impairment <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินทางการกายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ส่งเสริมการเคลื่อนไหวออกจากเตียงโดยเร็ว (early mobilization) <input type="checkbox"/> Breathing exercise <input type="checkbox"/> การสอนญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแล <input type="checkbox"/> ให้ความกายภาพบำบัดตามปัญหา/ความบกพร่องที่พบ <input type="checkbox"/> การป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด <input type="checkbox"/> สื่อสารข้อมูลกับทีม	<input type="checkbox"/> ตรวจประเมิน impairment <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินระดับสมรรถนะ (Functional level) <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินทางการกิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> ตรวจประเมินความคิดความเข้าใจ <input type="checkbox"/> การส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> การสอนญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแล <input type="checkbox"/> ประเมินสภาพบ้านและแนะนำสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ให้บริการกิจกรรมบำบัดตามปัญหา/ความบกพร่องที่พบ <input type="checkbox"/> สื่อสารข้อมูลกับทีม
<input type="checkbox"/> BADLs	<input type="checkbox"/> ประเมินและติดตาม ADLs <input type="checkbox"/> ประเมินอุปสรรคการทำ ADLs <input type="checkbox"/> แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเช่น ระดับความสูงของเก้าอี้ที่นั่งโครก ราวจับในห้องน้ำ เครื่องช่วยพยุงเดิน	<input type="checkbox"/> ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเองด้วยความระมัดระวังการหกล้ม (fall) ในห้องผู้ป่วย <input type="checkbox"/> แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	<input type="checkbox"/> ADLs training (เน้น Toileting, Dressing) <input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/> แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	<input type="checkbox"/> ADLs training (เน้น Toileting, Dressing) <input type="checkbox"/> แนะนำการคิดแปลงอุปกรณ์การทำกิจวัตรประจำวัน <input type="checkbox"/> แนะนำการปรับบ้าน/ห้องน้ำ/สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย <input type="checkbox"/> Home program
<input type="checkbox"/> Mobility & Transfer	<input type="checkbox"/> ประเมินและติดตามความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง ลงเก้าอี้ และรถเข็น ตลอดจนการขึ้นลงบันได <input type="checkbox"/> ประเมินความเสี่ยงการหกล้ม	<input type="checkbox"/> ส่งเสริมการเคลื่อนไหว (การลุกนั่ง การย้ายตัว) ด้วยความระมัดระวังการหกล้ม (fall) <input type="checkbox"/> ประเมินความเสี่ยงการหกล้ม <input type="checkbox"/> เน้าระวังการหกล้มที่ห้องผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ประเมินและฝึก Bed mobility (Functional mobility training) <input type="checkbox"/> Sitting balance training <input type="checkbox"/> ประเมินและฝึก transfer (bed => chair, bed => wc) <input type="checkbox"/> Exercise training (เน้น LEs) <input type="checkbox"/> Home program	<input type="checkbox"/> ประเมินและฝึก Bed mobility (Functional mobility training) <input type="checkbox"/> Sitting balance training <input type="checkbox"/> ประเมินและฝึก transfer (bed => chair, bed => wc) <input type="checkbox"/> Exercise training (เน้น UEs) <input type="checkbox"/> Home program
<input type="checkbox"/> Ambulation	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้ gait aids ที่เหมาะสม หรือ wheelchair <input type="checkbox"/> ประเมินความเสี่ยงการหกล้ม	<input type="checkbox"/> ส่งเสริมการเคลื่อนไหว (การขึ้นเดิน) ในห้องผู้ป่วย ด้วยความระมัดระวังการหกล้ม (fall) <input type="checkbox"/> เน้าระวังการหกล้มที่ห้องผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> Exercise program (PRE, weight bearing, balance) <input type="checkbox"/> Gait training <input type="checkbox"/> แนะนำการใช้ gait aids ที่เหมาะสม หรือการใช้ wheelchair	
<input type="checkbox"/> Bowel & Bladder	<input type="checkbox"/> ประเมินและจัดการปัญหาการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ <input type="checkbox"/> การให้ยาระบาย/สวนอุจจาระ <input type="checkbox"/> การคาสายสวนปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ให้การพยาบาลระบบการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และติดตามอาการ <input type="checkbox"/> กระตุ้นการเคลื่อนไหวบนเตียง <input type="checkbox"/> เน้าระวังการคิดเชื่อทางเดินปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ประเมินและฝึก transfer to toilet <input type="checkbox"/> แนะนำการปรับสภาพห้องน้ำเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน	<input type="checkbox"/> ประเมินและฝึก transfer to toilet <input type="checkbox"/> แนะนำการปรับสภาพห้องน้ำเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน
<input type="checkbox"/> Pain	<input type="checkbox"/> ประเมินและจัดการความปวดแล้ว ผ่าตัด หรือตำแหน่งกระดูกหัก (adequate pain management) เน้นการให้ยา around-the-clock	<input type="checkbox"/> ประเมินติดตามความปวดแล้ว ผ่าตัด หรือตำแหน่งกระดูกหัก <input type="checkbox"/> Psychosupport	<input type="checkbox"/> ประเมินและบำบัดความปวดด้วยเครื่องมือกายภาพบำบัด เช่น TENS, hotpack	
<input type="checkbox"/> Cognitive/ Perception	<input type="checkbox"/> ประเมินความคิดความเข้าใจ <input type="checkbox"/> วินิจฉัยภาวะ Delirium <input type="checkbox"/> การรักษานกไขสาเหตุภาวะ Delirium	<input type="checkbox"/> ประเมินความคิดความเข้าใจ <input type="checkbox"/> ติดตามภาวะ Delirium		<input type="checkbox"/> ประเมินความคิดความเข้าใจและฝึก (cognitive evaluation & training)

PROBLEM LIST & CARE PLAN FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

Remarks:		ชื่อ-สกุล:.....		
.....		อายุ:.....ปี หอผู้ป่วย:.....		
.....		HN:AN.....		
PROBLEM LIST	PLAN OF MANAGEMENT			
DATE	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> ให้การรักษาด้วยยากลุ่ม Bisphosphonate <input type="checkbox"/> Calcium, vitamin D <input type="checkbox"/> แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ติดตามการให้อาหารรักษา / ผลข้างเคียงการใช้ยา <input type="checkbox"/> เน้นระงับการหกล้มที่หอผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ให้ความรู้อาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุน	<input type="checkbox"/> Exercise program <input type="checkbox"/> Fall prevention program (Strengthening, balance)	
<input type="checkbox"/> History of falling	<input type="checkbox"/> ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) <input type="checkbox"/> การจัดการสาเหตุการหกล้ม <input type="checkbox"/> ประเมินและปรึกษา กายภาพบำบัดร่วมดูแล (Fall prevention program) <input type="checkbox"/> ส่งปรึกษาทีมร่วมดูแล เช่น จักษุแพทย์ (การมองเห็น), แพทย์โสตศอนาสิก (การได้ยิน), เภสัชกร (การใช้ยาร่วมกันหลายขนาน/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา),	<input type="checkbox"/> ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) <input type="checkbox"/> การจัดการสาเหตุการหกล้ม <input type="checkbox"/> ให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มให้ผู้ป่วยและญาติ <input type="checkbox"/> เน้นระงับการหกล้มที่หอผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ประเมินสาเหตุการหกล้ม (Fall evaluation) <input type="checkbox"/> ให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มให้ผู้ป่วยและญาติ <input type="checkbox"/> Fall prevention program (Strengthening, balance)	
<input type="checkbox"/> Nutritional problem	<input type="checkbox"/> ประเมินภาวะโภชนาการ (เช่น Nutrition alert form: NAF) <input type="checkbox"/> การรักษาระดับโภชนาการ <input type="checkbox"/> ปรึกษานักโภชนาการ <input type="checkbox"/> ติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ	<input type="checkbox"/> ประเมินภาวะโภชนาการ เช่น Nutrition alert form: NAF) <input type="checkbox"/> การส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> ติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ	<input type="checkbox"/> ส่งเสริมการเพิ่มกิจกรรมทางกาย <input type="checkbox"/> ส่งเสริมการออกกำลังกาย อย่างน้อยวันละ 30 นาที	
<input type="checkbox"/> Complications 1) Delirium 2) UTI 3) Pressure injury 4) Pneumonia 5) joint stiffness 6) Fall	<input type="checkbox"/> ระวังข้อโรค/ภาวะ <input type="checkbox"/> การรักษาสถานะเหตุ <input type="checkbox"/> ส่งปรึกษาทีมร่วมดูแล <input type="checkbox"/> ติดตามและประเมินผลการรักษา <input type="checkbox"/> การป้องกันการเกิดซ้ำ	<input type="checkbox"/> ติดตามและประเมินผลการรักษา <input type="checkbox"/> การกระตุ้นและส่งเสริมการเคลื่อนไหวด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> การกระตุ้นและส่งเสริมการเคลื่อนไหวของข้อต่อ <input type="checkbox"/> การพลิกตะแคงตัว <input type="checkbox"/> การจัดท่าทางการนอนที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> การป้องกันการเกิดซ้ำ	<input type="checkbox"/> Early mobilization (eg. Bed mobility, upright activity, ADLs) <input type="checkbox"/> Breathing exercise <input type="checkbox"/> Range of motion exercise (ROME) <input type="checkbox"/> Positioning with hip dislocation precaution <input type="checkbox"/> การป้องกันการเกิดซ้ำ	<input type="checkbox"/> Early mobilization (eg. Bed mobility, upright activity, ADLs) <input type="checkbox"/> การป้องกันการเกิดซ้ำ
<input type="checkbox"/> อื่นๆ
.....
.....

หมายเหตุ : สถานพยาบาลที่ไม่มีนักกิจกรรมบำบัด อาจมอบหมายให้บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ปฏิบัติแทนเบื้องต้น

ลงชื่อแพทย์ / ทีมที่ร่วมประเมิน

.....

STANDING DOCTOR ORDER SHEET
FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

Underlying disease:		ชื่อ-สกุล:		
Premorbid status: ADL..... Ambulation..... <input type="radio"/> Community ambulator <input type="radio"/> Household ambulator <input type="radio"/> Non-ambulator		อายุ:ปี หอผู้ป่วย:		
		HN:AN.....		
PROGRESS NOTE	DATE	ORDER FOR ONE DAY	DATE	ORDER FOR CONTINUATION
<p>Onset of fracture:</p> <p>Side</p> <p><input type="checkbox"/> Right</p> <p><input type="checkbox"/> Left</p> <p>Location</p> <p><input type="checkbox"/> Femoral Neck</p> <p><input type="checkbox"/> Intertrochanteric</p> <p><input type="checkbox"/> Subtrochanteric</p> <p>Treatment</p> <p><input type="checkbox"/> Non-operative</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> Skin traction</p> <p><input type="checkbox"/> Surgery</p> <p>ชนิดของการผ่าตัด</p> <p>ระบุ:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้</p> <p>Bone Cement</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่</p> <p>ใช้ Bone Cement</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> ตามด้วยโลหะ</p> <p>ผู้ดูแลหลัก.....</p> <p>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....</p> <p>สภาพบ้าน</p> <p>.....</p> <p>หมายเหตุ:</p> <p>Refer back รพช. ได้เมื่ออาการคงที่หลังผ่าตัด คือ</p> <p>1.ถอดสายระบายเลือดออกแล้ว (ถ้ามี)</p> <p>2. มีสัญญาณชีพปกติ โดยพิจารณาจากเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>- PR 60-100/min</p> <p>- SBP 90-140 mmHg</p> <p>- DBP 60-90 mmHg</p> <p>- RR 12 -20/min</p> <p>- BT 36-38 °C</p>		<p>ใช้สำหรับผู้ป่วยที่พื้นระยะเฉียบพลันเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>Admit</p> <p><input type="checkbox"/> ปรึกษานักกายภาพบำบัด</p> <p>เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหว การย้ายตัวและการขึ้นเดิน (Mobility, transfer & Ambulation)</p> <p><input type="checkbox"/> สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> NWB (ไม่ลงน้ำหนัก)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> Toe-touch WB (ลงน้ำหนักแค่ปลายเท้า $\leq 20\%$ BW)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> Partial WB ใดไม่เกิน.....kg (ลงน้ำหนักได้บางส่วน $\leq 50\%$ BW)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> Full WB (ลงน้ำหนักเต็มที่)</p> <p><input type="checkbox"/> ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> Walker</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> Crutches</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> Cane</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> Wheelchair</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/></p> <p>กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม</p> <p><input type="checkbox"/> Posterior approach โหนอนทางขา</p> <p>ห้ามยกข้อสะโพกเกิน 90 องศา</p> <p>ห้ามเหวี่ยงขา ห้ามหมุนบิดต้นขาเข้าด้านใน</p> <p><input type="checkbox"/> Anterolateral approach</p> <p>ห้ามกางต้นขาในท่าบิดต้นขาออกนอก</p> <p><input type="checkbox"/> ปรึกษานักกิจกรรมบำบัด เพื่อ..</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> ADL training</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> Cognitive training</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> Home modifications</p> <p><input type="checkbox"/> ปรึกษานักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช</p> <p><input type="checkbox"/> ปรึกษานักโภชนาการ</p> <p><input type="checkbox"/> ปรึกษาทีม HHC/ COC เตรียมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และความพร้อมของบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">ลงชื่อแพทย์</p>		<p><input checked="" type="checkbox"/> Record V/S</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Diet</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> Regular</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> High Protein</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/></p> <p><input type="checkbox"/> Dressing wound (OD, BID)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> วันละ 1 ครั้ง</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="radio"/> วันละ 2 ครั้ง</p> <p>Medication:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Calcium</p> <p>.....</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vitamin D</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Activities for Rehab Program:</p> <p>1. กิจกรรมทางการพยาบาล</p> <p>1.1 ป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด</p> <p>1.2 ป้องกันการเกิดแผลกดทับ / DVT</p> <p>1.3 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม</p> <p>1.4 ดูแลระบบการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ</p> <p>1.5 ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวบนเตียง</p> <p>1.6 ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน</p> <p>1.7 จัดการความปวด</p> <p>1.8 ฝึกระวังการติดเชื้อม</p> <p>1.9 Discharge care plan</p> <p>2. จุด Program ออกกำลังกาย และนั่งแพทย์เมื่อ</p> <p>2.1 BT $> 38^{\circ}\text{C}$</p> <p>2.2 PR > 100 or $< 60/\text{min}$</p> <p>2.3 SBP ≥ 160 or < 90 mmHg</p> <p style="padding-left: 20px;">DBP ≥ 110 or < 60 mmHg</p> <p>2.4 มีอาการผิดปกติขณะหรือหลังการออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย วิงเวียน</p> <p>2.5 มีอาการปวดมากขึ้น ไม่ตอบสนองต่อยาที่ได้รับ</p> <p>2.6 มีภาวะซึมเศร้าสับสนเฉียบพลัน</p> <p style="text-align: center;">ลงชื่อแพทย์</p>

STANDING DOCTOR ORDER SHEET

REFER BACK

FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

Underlying disease:		ชื่อ-สกุล:		
Premorbid status: ADL..... Ambulation..... <input type="radio"/> Community ambulator <input type="radio"/> Household ambulator <input type="radio"/> Non-ambulator		อายุ:ปี หอผู้ป่วย:		
		HN: AN.....		
PROGRESS NOTE	DATE	ORDER FOR ONE DAY	DATE	ORDER FOR CONTINUATION
<p>Onset of fracture:</p> <p>Side <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left</p> <p>Location <input type="checkbox"/> Femoral Neck <input type="checkbox"/> Intertrochanteric <input type="checkbox"/> Subtrochanteric</p> <p>Treatment <input type="checkbox"/> Non-operative <input type="radio"/> Skin traction <input type="checkbox"/> Surgery</p> <p>ชนิดของการผ่าตัด ระบุ:</p> <p><input type="radio"/> เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้ Bone Cement <input type="radio"/> เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่ ใช้ Bone Cement <input type="radio"/> ตามด้วยโลหะ</p> <p>ผู้ดูแลหลัก..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... สภาพบ้าน</p> <p>หมายเหตุ: Refer back รพช. ได้เมื่ออาการ คงที่หลังผ่าตัด คือ 1. งดสายระบายเลือดออกแล้ว (ถ้ามี) 2. มีสัญญาณชีพปกติ โดยพิจารณา จากเกณฑ์ ดังนี้ - PR 60-100/min - SBP 90-140 mmHg - DBP 60-90 mmHg - RR 12 -20/min - BT 36-38 °C</p>		<p>Admit</p> <p><input type="checkbox"/> Refer Back รพช. เพื่อ admit ดูแล หลังผ่าตัด (จนสามารถ Ambulate ได้ใน กรณีผ่าตัด หรือ ญาติสามารถพร้อมดูแลที่ บ้านในกรณีไม่ผ่าตัด)</p> <p><input type="checkbox"/> ปรึกษานักกายภาพบำบัด เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหว การย้ายตัวและ การยืนเดิน (Mobility, transfer & Ambulation)</p> <p><input type="checkbox"/> สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก <input type="radio"/> NWB (ไม่ลงน้ำหนัก) <input type="radio"/> Toe-touch WB (ลงน้ำหนักแค่ปลายเท้า <20% BW) <input type="radio"/> Partial WB ใดไม่เกิน.....kg (ลงน้ำหนักได้บางส่วน < 50% BW) <input type="radio"/> Full WB (ลงน้ำหนักเต็มที่)</p> <p><input type="checkbox"/> ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน <input type="radio"/> Walker <input type="radio"/> Crutches <input type="radio"/> Cane <input type="radio"/> Wheelchair <input type="radio"/></p> <p><input type="checkbox"/> บริหารขยับข้อต่อข้างที่หัก <input type="radio"/> Hip <input type="radio"/> Knee <input type="radio"/> Ankle</p> <p>กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม <input type="checkbox"/> Posterior approach ใต้นอนทางขา ข้างข้อสะโพกเกิน 90 องศา ข้ามเข่าต้นขา ข้ามเข่าบิตต้นขาเข้าด้านใน</p> <p><input type="checkbox"/> Anterolateral approach ข้ามเข่าต้นขาในท่าบิตต้นขาออกนอก</p> <p><input type="checkbox"/> ปรึกษานักกิจกรรมบำบัด เพื่อ.. <input type="radio"/> ADL training <input type="radio"/> Cognitive training <input type="radio"/> Home modifications</p> <p><input type="checkbox"/> ปรึกษาทัน HHC/ COC เตรียมการดูแล ต่อเนื่องในชุมชน และความพร้อมของบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> นัดติดตาม OPD</p> <p>ลงชื่อแพทย์</p>		<p><input checked="" type="checkbox"/> Record V/S</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Diet <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> High Protein <input type="radio"/></p> <p><input type="checkbox"/> Dressing wound (OD, BID) <input type="radio"/> วันละ 1 ครั้ง <input type="radio"/> วันละ 2 ครั้ง</p> <p>Medication: <input checked="" type="checkbox"/> Calcium</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vitamin D</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Activities for Rehab Program: 1. กิจกรรมทางการพยาบาล 1.1 ป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด 1.2 ป้องกันการเกิดแผลกดทับ / DVT 1.3 ป้องกันการปวดตึง/หกล้ม 1.4 ดูแลระบบการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ 1.5 ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวบนเตียง 1.6 ส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 1.7 จัดการความปวด 1.8 เฝ้าระวังการติดเชื้อ 1.9 Discharge care plan</p> <p>2. จด Program ออกกำลังกาย และนั่งแพทย์ เมื่อ 2.1 BT $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 2.2 PR > 100 or $< 60/\text{min}$ 2.3 SBP ≥ 160 or < 90 mmHg DBP ≥ 110 or < 60 mmHg 2.4 มีอาการผิดปกติขณะหรือหลังการออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย วิงเวียน 2.5 มีอาการปวดมากขึ้น ไม่ตอบสนองต่อยาที่ได้รับ 2.6 มีภาวะซึมเศร้า/สับสน</p> <p>ลงชื่อแพทย์</p>

TEAM MEETING REPORT
FOR INTERMEDIATE CARE IN HIP FRACTURE (FRAGILITY FRACTURE)

โรงพยาบาล:		ชื่อ-สกุล:	
Team Meeting Report ครั้งที่: วันที่: เวลา:		อายุ: ปี หอผู้ป่วย:	
Diagnosis:		HN: AN:	
onset of fracture:		Premorbid status: ADLs:	
Underlying disease:		Ambulation:	
		<input type="radio"/> Community ambulator <input type="radio"/> Household ambulator <input type="radio"/> Non-ambulator	
สรุปประเด็น:			
Fracture	Side: <input type="radio"/> Right <input type="radio"/> Left	Location: <input type="radio"/> Femoral Neck <input type="radio"/> Intertrochanteric <input type="radio"/> Subtrochanteric	
	Treatment: <input type="radio"/> Non-operative <input type="checkbox"/> with skin traction		
	<input type="radio"/> Surgery (Date:) ระบุชนิดของการผ่าตัด:		
	<input type="checkbox"/> เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้ Bone Cement <input type="checkbox"/> เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยไม่ใช้ Bone Cement <input type="checkbox"/> ตามด้วยโลหะ		
Problems		Goal / Plan of management	
<input type="checkbox"/> BADLs	<input type="radio"/> feeding <input type="radio"/> grooming <input type="radio"/> toileting * <input type="radio"/> bathing <input type="radio"/> dressing *	level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist	
<input type="checkbox"/> Bed mobility & transfer	<input type="radio"/> bed mobility <input type="radio"/> transfer (bed↔chair)* <input type="radio"/> transfer (bed↔wc) *	level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist	
<input type="checkbox"/> Ambulation : walk/ stairs	<input type="radio"/> walk ** <input type="radio"/> stairs **	level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist level of assistance <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Minimal assist <input type="checkbox"/> Moderate assist <input type="checkbox"/> Maximal assist <input type="radio"/> walk with gait aid (<input type="checkbox"/> walker <input type="checkbox"/> Axillary crutches <input type="checkbox"/> cane <input type="checkbox"/>) <input type="radio"/> wheelchair	
<input type="checkbox"/> Bowel	<input type="checkbox"/> Bowel program <input type="checkbox"/> ใช้ยาระบาย/หรือสวนอุจจาระ: <input type="checkbox"/> ควบคุมอุจจาระได้เอง		
<input type="checkbox"/> Bladder	<input type="checkbox"/> on foley's cath <input type="checkbox"/> ใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป / แผ่นรองกันเปื้อน <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> ควบคุมปัสสาวะได้เอง		
<input type="checkbox"/> การเตรียมบ้าน	<input type="checkbox"/> เตียงนอน <input type="checkbox"/> ปรับห้องน้ำ (ราวจับ/ประตู/ชักโครก/พื้นห้องน้ำ) <input type="checkbox"/> ปรับทางลาดเข้าบ้าน <input type="checkbox"/> ราวจับในบ้าน		
แผนการดูแลต่อเนื่อง (โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ)			
แพทย์ (.....)	<input type="checkbox"/> นัดติดตามอาการ (F/U)	<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน	
	<input type="radio"/> วางแผนการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในอีกครั้ง/ต่อเนื่อง	<input type="radio"/> วางแผนการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก	<input type="radio"/> วางแผนการฟื้นฟูในชุมชน
พยาบาล (.....)	<input type="checkbox"/> นัดติดตามอาการ (F/U)	<input type="checkbox"/> ส่งต่อ.....	<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน
	<input type="checkbox"/> คำแนะนำ.....		
นักกายภาพบำบัด (.....)	<input type="checkbox"/> นัดติดตามอาการ (F/U)	<input type="checkbox"/> ส่งต่อ.....	<input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน
	<input type="radio"/> วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยใน	<input type="radio"/> วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก	<input type="radio"/> วางแผนฝึกต่อเนื่องในชุมชน
นักกิจกรรมบำบัด (.....)	<input type="checkbox"/> นัดติดตามอาการ (F/U)	<input type="checkbox"/> ส่งต่อ.....	<input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน
	<input type="radio"/> วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยใน	<input type="radio"/> วางแผนฝึกต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก	<input type="radio"/> วางแผนฝึกต่อเนื่องในชุมชน
นักโภชนาการ (.....)	<input type="checkbox"/> นัดติดตามอาการ (F/U)	<input type="checkbox"/> ส่งต่อ.....	<input type="checkbox"/> ติดตามเยี่ยมบ้าน
	<input type="checkbox"/> คำแนะนำ.....		
คะแนนรวม	Admit	วันที่ประเมิน	
Modified BI (20)	Discharge	วันที่ประเมิน	

แผนงานที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	โครงการกัญชาทางการแพทย์
ตัวชี้วัด	<p>MOU_92 ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย</p> <p>92.1 ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย</p> <p>92.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย</p> <p>92.3 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น</p> <p>92.4 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้วยกัญชาทางการแพทย์แผนไทย</p> <p>92.5 จำนวนครั้งของกิจกรรมการจัดการความรู้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย</p>
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย หมายถึง การจัดการบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยาและให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากัญชา ด้วย แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการ บริการให้ผู้ป่วย เข้าถึงง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ 2. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน 3. ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย 4. ยากัญชา หมายถึง ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา 5. Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส ICD10 กรณิแพทย์แผนไทย U50-U77 และ Z51.5) 6. งานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง งานวิจัยเกี่ยวกับยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม น้ำมันกัญชา ผู้ให้บริการกัญชาทางการแพทย์ และการวิจัยด้านการบริหารจัดการเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการเผยแพร่หรือการนำเสนอผลงานวิชาการในที่ประชุมวิชาการหรือตีพิมพ์ในวารสาร โดยเป็นผลงานจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือเป็นผลงานที่หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำร่วมกับหน่วยงานอื่น ซึ่งไม่นับสะสมในแต่ละปี 7. การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์แผนไทย หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่มาพัฒนาให้เป็นระบบโดยกำหนดกิจกรรม เช่น การศึกษาดูงาน, เวทีเสวนา, การจัดการอบรม,หรืองานประจำสู่งานวิจัย (R2R) 8. ยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย หมายถึง รายการยาที่ต้องใช้โดยแพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้น ๆ โดยใช้องค์ความรู้การแพทย์แผนไทย ซึ่งอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร บัญชี 2 และบัญชียาอื่น ๆ เช่น <ul style="list-style-type: none"> - ยาแก้ลมแก้เส้น - ยาแก้ลมอัมพฤกษ์ - ยาทำลายพระสุเมรุ

	<ul style="list-style-type: none"> - ยาบรรเทาโรคหลอดเลือดหัวใจ - ยาคุมกำเนิด - ยาอภัยสาส์น ฯลฯ 				
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>มีการดำเนินงานขั้นตอนที่ 1-5 ตามเงื่อนไข ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 5 2. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้นร้อยละ 60 3. มีงานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ 1 เรื่อง 4. มีกิจกรรมการจัดการความรู้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย ไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง 				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง, ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care), ผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง, โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. การรายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลทุกแห่ง 2. Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 				
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
การดำเนินงาน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5, 6, 10, 12 เดือน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. รวบรวมจากการส่งข้อมูลของโรงพยาบาลทุกแห่ง 				
รายการข้อมูล 1	<p>A1 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย (นำมาจากกรรบรวมข้อมูลจากหน่วยบริการ)</p> <p>A2 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ 2567 (ข้อมูล ต.ค. 66 - ก.ย.67)</p> <p>(นำมาจาก HDC >กลุ่มรายงานมาตรฐาน >ข้อมูลตอบสนอง Service Plan >ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา กัญชา >ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางการแพทย์แผนไทย >เลือกปีงบประมาณ >จำนวนได้รับกัญชา(คน))</p>				
รายการข้อมูล 2	<p>B1 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคองทั้งหมด (นำมาจาก HDC >กลุ่มรายงานมาตรฐาน >ข้อมูลตอบสนอง Service Plan >ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา กัญชา >1.ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ >เลือกปีงบประมาณ (ข้อมูล B จำนวนคน))</p> <p>B2 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย ปี 2564 (นำมาจาก HDC >กลุ่มรายงานมาตรฐาน >ข้อมูลตอบสนอง Service Plan >ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา กัญชา >ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางการแพทย์แผนไทย >เลือกปีงบประมาณ >จำนวนได้รับกัญชา(คน))</p>				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์แผนไทย = $(A1/B1) \times 100$ 2. ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น = $(A2-B2/B2) \times 100$												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน										
			2564	2565	2566								
	1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้น	ร้อยละ	-	-	-								
	2. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น	ร้อยละ	-	-	-								
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 5 เดือน วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2567 รอบ 6 เดือน วันที่ 25 มีนาคม 2567 รอบ 10 เดือน วันที่ 19 กรกฎาคม 2567 รอบ 12 เดือน วันที่ 20 กันยายน 2567												
วิธีการประเมินผล	รอบ 5, 6, 10, 12 เดือน ชั้นตอนที่ 1 – 5												
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพศ. / รพท. / รพช.													
ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล										
1	การจัดบริการ姑療法ทางการแพทย์	1	มีการจัดบริการคลินิก姑療法ทางการแพทย์แผนไทย										
2	มีแนวทางการให้บริการคลินิก姑療法ทางการแพทย์แผนไทย	1	มีการจัดทำสื่อแนวทางการให้บริการคลินิก姑療法ทางการแพทย์แผนไทย										
3	มีแนวทางการรับบริการ姑療法ทางการแพทย์แผนไทยของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย	1	มีการจัดทำแนวทางการรับบริการ姑療法ทางการแพทย์แผนไทยของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย										
4	กิจกรรมการจัดการความรู้姑療法ทางการแพทย์แผนไทย	1	มีกิจกรรมการจัดการความรู้ด้าน姑療法ทางการแพทย์แผนไทย 1 ครั้ง = 0.5 คะแนน ≥ 2 ครั้ง = 1 คะแนน										
5	ผลการดำเนินงาน รอบ 5, 6 เดือน 5.1 ร้อยละผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคองได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์แผนไทย 5.2 ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับ	1	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">น้ำหนักคะแนน ข้อละ 0.5 คะแนน</td> <td colspan="2">ผลงานรอบ 5 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ข้อ 5.1</td> <td>ข้อ 5.2</td> </tr> <tr> <td>0.25</td> <td>< ร้อยละ 1</td> <td>< ร้อยละ 6</td> </tr> </table>			น้ำหนักคะแนน ข้อละ 0.5 คะแนน	ผลงานรอบ 5 เดือน		ข้อ 5.1	ข้อ 5.2	0.25	< ร้อยละ 1	< ร้อยละ 6
น้ำหนักคะแนน ข้อละ 0.5 คะแนน	ผลงานรอบ 5 เดือน												
	ข้อ 5.1	ข้อ 5.2											
0.25	< ร้อยละ 1	< ร้อยละ 6											

การรักษาด้วยยา گیยาทางการแพทย์ แผนไทย <u>เพิ่มขึ้น</u> รอบ 10, 12 เดือน 5.1 ร้อยละผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย ระยะประคับประคองได้รับการรักษา ด้วยยา گیยาทางการแพทย์แผนไทย 5.2 ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับ การรักษาด้วยยา گیยาทางการแพทย์ แผนไทย <u>เพิ่มขึ้น</u>	0.5	ร้อยละ 1	ร้อยละ 6						
	0.75	ร้อยละ 2	ร้อยละ 18						
	1	≥ ร้อยละ 3	≥ ร้อยละ 30						
	น้ำหนักคะแนน ข้อละ 0.25 คะแนน	ผลงานรอบ 10 เดือน							
	0.25	ข้อ 5.1 < ร้อยละ 2.5	ข้อ 5.2 < ร้อยละ 20						
	0.5	ร้อยละ 2.5	ร้อยละ 20						
	0.75	ร้อยละ 3.75	ร้อยละ 35						
	1	≥ ร้อยละ 5	≥ ร้อยละ 60						
ขั้นตอน ที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล						
	5.3 งานวิจัย گیยาทางการแพทย์		- มีงานวิจัยด้าน گیยา ทางการแพทย์ 1 เรื่อง = 0.5 คะแนน						
การสรุปผลรวม ในภาพหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 5, 6 เดือน ที่ขั้นตอนที่ 5 ที่ 3 คะแนน รอบ 10, 12 เดือน ที่ขั้นตอนที่ 5 ที่ 4 คะแนน								
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด									
ขั้นตอน ที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล						
1	การประชาสัมพันธ์ گیยาทาง การแพทย์แผนไทย	1	มีการประชาสัมพันธ์ گیยาทาง การแพทย์แผนไทย						
2	กิจกรรมการจัดการความรู้ گیยาทางการแพทย์แผนไทย	1	มีกิจกรรมการจัดการความรู้ด้าน การแพทย์แผนไทย						
3	มีแนวทางการให้บริการคลินิก گیยา ทางการแพทย์แผนไทย	1	มีสื่อแนวทางการให้บริการคลินิก การแพทย์แผนไทย						
4	มีรายงานวิจัยด้าน گیยาทาง การแพทย์	1	มีรายงานวิจัยด้าน گیยาทาง การแพทย์						
5	ผลการดำเนินงาน <u>รอบ 5, 6 เดือน</u> 5.1 ร้อยละผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย ระยะประคับประคองได้รับการรักษา ด้วยยา گیยาทางการแพทย์แผนไทย 5.2 ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับ	1	<table border="1"> <tr> <td>น้ำหนักคะแนน ข้อละ 0.5 คะแนน</td> <td colspan="2">ผลงานรอบ 5 เดือน</td> </tr> <tr> <td>0.25</td> <td>ข้อ 5.1 < ร้อยละ 1</td> <td>ข้อ 5.2 < ร้อยละ 6</td> </tr> </table>	น้ำหนักคะแนน ข้อละ 0.5 คะแนน	ผลงานรอบ 5 เดือน		0.25	ข้อ 5.1 < ร้อยละ 1	ข้อ 5.2 < ร้อยละ 6
น้ำหนักคะแนน ข้อละ 0.5 คะแนน	ผลงานรอบ 5 เดือน								
0.25	ข้อ 5.1 < ร้อยละ 1	ข้อ 5.2 < ร้อยละ 6							

<p>การรักษาด้วยยาต้านไวรัสทางการแพทย์ แผนไทย <u>เพิ่มขึ้น</u></p> <p><u>รอบ 10, 12 เดือน</u></p> <p>5.1 ร้อยละผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย ระยะประคับประคองได้รับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัสทางการแพทย์แผนไทย</p> <p>5.2 ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสทางการแพทย์ แผนไทย <u>เพิ่มขึ้น</u></p> <p>5.3 มีงานวิจัยด้านกัญชาทาง การแพทย์</p>	<table border="1"> <tr> <td>0.5</td> <td>ร้อยละ 1</td> <td>ร้อยละ 6</td> </tr> <tr> <td>0.75</td> <td>ร้อยละ 2</td> <td>ร้อยละ 18</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>≥ ร้อยละ 3</td> <td>≥ ร้อยละ 30</td> </tr> </table>	0.5	ร้อยละ 1	ร้อยละ 6	0.75	ร้อยละ 2	ร้อยละ 18	1	≥ ร้อยละ 3	≥ ร้อยละ 30											
	0.5	ร้อยละ 1	ร้อยละ 6																		
0.75	ร้อยละ 2	ร้อยละ 18																			
1	≥ ร้อยละ 3	≥ ร้อยละ 30																			
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">น้ำหนักคะแนน ข้อละ 0.25 คะแนน</td> <td colspan="2">ผลงานรอบ 10 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ข้อ 5.1</td> <td>ข้อ 5.2</td> </tr> <tr> <td>0.25</td> <td>< ร้อยละ 2.5</td> <td>< ร้อยละ 20</td> </tr> <tr> <td>0.5</td> <td>ร้อยละ 2.5</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> <tr> <td>0.75</td> <td>ร้อยละ 3.75</td> <td>ร้อยละ 35</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>≥ ร้อยละ 5</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> </tr> <tr> <td colspan="2">- มีงานวิจัยด้านกัญชา ทางการแพทย์</td> <td>0.5 คะแนน</td> </tr> </table>	น้ำหนักคะแนน ข้อละ 0.25 คะแนน	ผลงานรอบ 10 เดือน		ข้อ 5.1	ข้อ 5.2	0.25	< ร้อยละ 2.5	< ร้อยละ 20	0.5	ร้อยละ 2.5	ร้อยละ 20	0.75	ร้อยละ 3.75	ร้อยละ 35	1	≥ ร้อยละ 5	≥ ร้อยละ 60	- มีงานวิจัยด้านกัญชา ทางการแพทย์		0.5 คะแนน	
น้ำหนักคะแนน ข้อละ 0.25 คะแนน		ผลงานรอบ 10 เดือน																			
	ข้อ 5.1	ข้อ 5.2																			
0.25	< ร้อยละ 2.5	< ร้อยละ 20																			
0.5	ร้อยละ 2.5	ร้อยละ 20																			
0.75	ร้อยละ 3.75	ร้อยละ 35																			
1	≥ ร้อยละ 5	≥ ร้อยละ 60																			
- มีงานวิจัยด้านกัญชา ทางการแพทย์		0.5 คะแนน																			
การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้																				
	รอบ 5, 6 เดือน	ที่ขึ้นตอนที่ 5 ที่ 3 คะแนน																			
	รอบ 10, 12 เดือน	ที่ขึ้นตอนที่ 5 ที่ 3 คะแนน																			
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	<p>1. นางสาวเกศริลรัตน์ ปิ่นอนงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 093-925-5463 E-mail : ttamrayong21000@gmail.com</p> <p>2. นางสาวอุบลรัตน์ เพ็ชรรัตน์ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ 092-616-4081 E-mail : ttamrayong21000@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>																				

แผนงานที่	การพัฒนาาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
โครงการ	โครงการพัฒนาาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
ตัวชี้วัด	MOU_93 ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน											
คำนิยาม	<p>ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย</p> <p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน</p> <p>หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการส่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต</p> <p>ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</p> <p>ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน</p> <p>หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ67</th> <th>ปีงบประมาณ68</th> <th>ปีงบประมาณ69</th> <th>ปีงบประมาณ70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 32</td> <td>ร้อยละ 34</td> <td>ร้อยละ 36</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ67	ปีงบประมาณ68	ปีงบประมาณ69	ปีงบประมาณ70	ร้อยละ 30	ร้อยละ 32	ร้อยละ 34	ร้อยละ 36
	ปีงบประมาณ67	ปีงบประมาณ68	ปีงบประมาณ69	ปีงบประมาณ70								
ร้อยละ 30	ร้อยละ 32	ร้อยละ 34	ร้อยละ 36									
วัตถุประสงค์	<p>ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน</p> <p>2. ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลได้มาตรฐาน</p>											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน</p> <p>2. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>											
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) จาก การบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดใน โปรแกรม ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS 4.0 (จาก สพฉ.)</p> <p>2. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (จาก สธ.)</p>											
แหล่งข้อมูล	<p>1. โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS 4.0 (จาก สพฉ.)</p> <p>2. การบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (จาก สธ.)</p>											

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) รายการข้อมูล 2																											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ทั้งหมดที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)																											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดย EMS</td> <td>ครั้ง</td> <td>91,851</td> <td>87,948</td> <td>92,580</td> </tr> <tr> <td>จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)</td> <td>ครั้ง</td> <td>373,487</td> <td>338,487</td> <td>354,516</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>ร้อยละ</td> <td>24.59</td> <td>25.98</td> <td>26.11</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดย EMS	ครั้ง	91,851	87,948	92,580	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)	ครั้ง	373,487	338,487	354,516	ร้อยละ	ร้อยละ	24.59	25.98	26.11
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																										
		2563	2564	2565																								
จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดย EMS	ครั้ง	91,851	87,948	92,580																								
จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)	ครั้ง	373,487	338,487	354,516																								
ร้อยละ	ร้อยละ	24.59	25.98	26.11																								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4																											
วิธีการประเมิน	การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายที่กำหนด ทุกไตรมาส																											
เกณฑ์การประเมิน :																												
ปี 2567:																												
รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน																							
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30																							
ปี 2568:																												
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																									
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30																									
ปี 2569:																												
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																									
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30																									
ปี 2570:																												
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																									
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30																									

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≥ ร้อยละ 26	≥ ร้อยละ 27	≥ ร้อยละ 28	≥ ร้อยละ 29	≥ ร้อยละ 30
5 เดือน	≥ ร้อยละ 26	≥ ร้อยละ 27	≥ ร้อยละ 28	≥ ร้อยละ 29	≥ ร้อยละ 30
6 เดือน	≥ ร้อยละ 26	≥ ร้อยละ 27	≥ ร้อยละ 28	≥ ร้อยละ 29	≥ ร้อยละ 30
9 เดือน	≥ ร้อยละ 26	≥ ร้อยละ 27	≥ ร้อยละ 28	≥ ร้อยละ 29	≥ ร้อยละ 30
10 เดือน	≥ ร้อยละ 26	≥ ร้อยละ 27	≥ ร้อยละ 28	≥ ร้อยละ 29	≥ ร้อยละ 30
12 เดือน	≥ ร้อยละ 26	≥ ร้อยละ 27	≥ ร้อยละ 28	≥ ร้อยละ 29	≥ ร้อยละ 30

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≥ ร้อยละ 26	≥ ร้อยละ 27	≥ ร้อยละ 28	≥ ร้อยละ 29	≥ ร้อยละ 30
5 เดือน	≥ ร้อยละ 26	≥ ร้อยละ 27	≥ ร้อยละ 28	≥ ร้อยละ 29	≥ ร้อยละ 30
6 เดือน	≥ ร้อยละ 26	≥ ร้อยละ 27	≥ ร้อยละ 28	≥ ร้อยละ 29	≥ ร้อยละ 30
9 เดือน	≥ ร้อยละ 26	≥ ร้อยละ 27	≥ ร้อยละ 28	≥ ร้อยละ 29	≥ ร้อยละ 30
10 เดือน	≥ ร้อยละ 26	≥ ร้อยละ 27	≥ ร้อยละ 28	≥ ร้อยละ 29	≥ ร้อยละ 30
12 เดือน	≥ ร้อยละ 26	≥ ร้อยละ 27	≥ ร้อยละ 28	≥ ร้อยละ 29	≥ ร้อยละ 30

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายที่กำหนดทุกไตรมาสผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ร้อยละ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ร้อยละ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ร้อยละ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ร้อยละ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ร้อยละ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ร้อยละ 30 ที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ร้อยละ 26 ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ร้อยละ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 5 เดือน ร้อยละ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 6 เดือน ร้อยละ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 9 เดือน ร้อยละ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ร้อยละ 30 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ร้อยละ 30 ที่ 5 คะแนน
หมายเหตุ	
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางอารยา ผ่องแผ้ว E-mail : araya_ncd@hotmail.com โทรศัพท์มือถือ 089-4051669 โทรศัพท์สำนักงาน 038-967415-7 นางสุภัชเชม สมสินกุล E-mail : supatkhem.soms@gmail.com โทรศัพท์มือถือ 062-6165965 โทรศัพท์สำนักงาน 038-967415-7

แผนงานที่	การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ			
โครงการ	โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ			
ตัวชี้วัด	MOU_94 ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชนุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ			
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน รวมถึงบุคคลผู้ซึ่งทำความดีแก่สังคมแต่ต้องประสบเคราะห์กรรม หรือผู้ประสบภัยอันเป็นที่สลดใจ และผู้ป่วยที่ทูลเกล้าทูลกระหม่อมถวายฎีกา ที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณา โปรดเกล้าโปรดกระหม่อมรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกชั้นตอน หรือค่ายา</p> <p>ผู้ป่วยในพระราชนุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน ที่พระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ ทรงรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระราชนุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกชั้นตอน หรือค่ายา และต้องไม่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของมูลนิธิ หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีระบบช่วยเหลือ หรือสนับสนุนค่าใช้จ่าย</p> <p>ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และผู้ป่วยในพระราชนุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง มีการดูแลผู้ป่วยฯ ตามคู่มือการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และแนวทางการดำเนินงานผู้ป่วยในพระราชนุเคราะห์ ให้ได้รับการสนับสนุน การดูแลติดตาม และการส่งต่อการรักษา บำบัด พื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของระบบบริการอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามสภาพ</p> <p>ปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย โดยกำหนดให้มีการดำเนินงาน 4 ชั้นตอน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชนุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ระดับจังหวัด 2) คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ มีการประชุมร่วมบูรณาการจัดทำแผน/แนวทางการดูแลหรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยฯ ตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง และแนวทางการดำเนินงานของสำนักโครงการพระราชดำริฯ 3) คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ลงพื้นที่ให้การดูแลช่วยเหลือและเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ ตามแผนอย่างเป็นระบบ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 4) มีการรายงานข้อมูลการลงพื้นที่ให้การดูแลช่วยเหลือ และเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ ที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล อาการ และความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่มีผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือตามแผนการลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯหรือทุก 6 เดือน ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชนุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม 			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับหรือมีใบโปรดเกล้าฯ พระราชทานรับเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชนุเคราะห์ ที่มีชีวิตอยู่ในพื้นที่อำเภอแกลงและอำเภอบ้านค่าย			
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	CUP (รพ./สสอ.) แกลง CUP (รพ./สสอ.) บ้านค่าย			
วัตถุประสงค์	1) เพื่อให้ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชนุเคราะห์ได้รับการดูแลรักษาตามสิทธิการรักษา และสิทธิพึงได้ตามคู่มือการดำเนินงานฯ รวมถึงมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยฯ อย่างต่อเนื่อง			

	2) เพื่อให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ อย่างเป็นระบบ มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วยตามนัด หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษ หรือทุก 6 เดือน ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดระยอง				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ที่มีชีวิตอยู่ ได้รับการรักษา/ลงเยี่ยมติดตาม โดยมีการรายงานผ่านโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยฯ				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ที่มีชีวิตอยู่ ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ = $(A / B) * 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4 (12 เดือน)				
วิธีการประเมิน	ขั้นตอน	การดำเนินงาน			
	1	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ระดับอำเภอ			
	2	มีแผนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ระดับอำเภอ			
	3	มีการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพและมีภาคีเครือข่ายติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯในพื้นที่ (มีรูปภาพประกอบการออกเยี่ยมบ้าน)			
	4	มีการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯเป็นปัจจุบัน			
	5	ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ได้รับการดูแลรักษาและติดตามเยี่ยมอย่างมีคุณภาพ \geq ร้อยละ 60			
	6	ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ได้รับการดูแลรักษาและติดตามเยี่ยมอย่างมีคุณภาพ \geq ร้อยละ 70			
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	
	ข้อ 1-2	ข้อ 1-4	\geq ร้อยละ 60	\geq ร้อยละ 70	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน :					
วัดจากเกณฑ์การประเมิน แต่ละไตรมาส โดยผ่านเกณฑ์ที่ระดับ 5 คะแนน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 1-2
5 เดือน	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 1-2	ข้อ 1-3	ข้อ 1-4
10 เดือน	-	-	\leq ร้อยละ 40	ร้อยละ 41-50	\geq ร้อยละ 60
12 เดือน	-	\leq ร้อยละ 50	ร้อยละ 51-60	ร้อยละ 61-69	\geq ร้อยละ 70

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด : วัดจากจำนวน CUP (รพ./สสอ.) ที่ผ่านเกณฑ์คะแนนหน่วยงานที่ระดับ 5 คะแนน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	1 CUP	-	2 CUP
5 เดือน	-	-	1 CUP	-	2 CUP
10 เดือน	< ร้อยละ 29	≥ ร้อยละ 30-39	≥ ร้อยละ 40-49	≥ ร้อยละ 50-59	≥ ร้อยละ 60
12เดือน	< ร้อยละ 39	≥ ร้อยละ 40-49	≥ ร้อยละ 50-59	≥ ร้อยละ 60-69	≥ ร้อยละ 70
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	<p>รอบ 3 เดือน CUP ดำเนินงานผ่านข้อ 1-2 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน CUP ดำเนินงานผ่านข้อ 1-4 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน CUP ดำเนินงานผ่านที่ร้อยละ ≥ ร้อยละ 60 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน CUP ดำเนินงานผ่านที่ร้อยละ ≥ ร้อยละ 70 ที่ 5 คะแนน</p>				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	<p>รอบ 3 เดือน CUP ดำเนินงานผ่านทั้ง 2 CUP ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน CUP ดำเนินงานผ่านทั้ง 2 CUP ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน CUP ดำเนินงานผ่านที่ร้อยละ ≥ ร้อยละ 60 ที่ 5 คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน CUP ดำเนินงานผ่านที่ร้อยละ ≥ ร้อยละ 70 ที่ 5 คะแนน</p>				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวสาวิณีย์ ภูสันต์		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน :038613430 ต่อ4101		โทรศัพท์มือถือ :098-935-2636		
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ		E-mail : qarayong09@gmail.com		

แผนงานที่	Plan 9. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ				
โครงการ	โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ				
ตัวชี้วัด	MOU_93.1 จำนวนผู้ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก				
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> จำนวนผู้ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก หมายถึง จำนวนผู้ที่สูญเสียฟันและจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปากในทุกสิทธิการรักษา ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก เป้าสะสมตั้งแต่ ต.ค.2566 หมายถึง เป้าหมายการดำเนินงานปีงบประมาณ 2567 โครงการฟันเทียม รากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 72 พรรษา 28 กรกฎาคม 2567 ตามหนังสือ สร0904.05/3035 ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2566 (ปีงบประมาณ 2567) จังหวัดระยอง ได้รับการจัดสรรเป้าหมาย ฟันเทียม 360 ราย 				
เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราผู้ที่มีความจำเป็นที่จะต้องใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ได้ใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ร้อยละ 100 (เป้าสะสมตั้งแต่ ต.ค.2566)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูญเสียฟันได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดระยอง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงานระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข รายงานที่ 11.5 กลุ่มก่อนวัยสูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก (คน) รายงานที่ 12.5 กลุ่มวัยสูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก (คน)				
แหล่งข้อมูล	ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566				
รายการข้อมูล 2	จำนวนเป้าหมายผู้ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปากในโครงการฟันเทียมพระราชทาน ปีงบประมาณ 2567				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตรา (ร้อยละ) ผู้ที่มีความจำเป็นที่จะต้องใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ได้ใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก เท่ากับ (รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) x 100				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2564	2565	2566
	อัตรา (ร้อยละ) ผู้ที่มีความจำเป็นที่จะต้องใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ได้ใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก	ร้อยละ	48.22*	27.84*	76.44**
	* ข้อมูลปี 2564-2565 จากระบบรายงานผลโครงการฟันเทียมพระราชทานฯ และมีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)				

	** ข้อมูลปี 2566 จากระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 21 พฤศจิกายน 2566					
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2566 - กันยายน 2567					
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลจากผลงานในรายงานระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข					
เกณฑ์การประเมิน	1. อัตราผู้ที่มีความจำเป็นที่จะต้องใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ได้ใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก					
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 25	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน (ร้อยละ)						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	15	20	25	30	35	
5 เดือน	25	30	35	40	45	
6 เดือน	30	35	40	45	50	
9 เดือน	45	55	65	75	85	
10 เดือน	50	60	70	80	90	
12 เดือน	60	70	80	90	100	
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	10	20	25	30	35	
5 เดือน	25	30	35	40	45	
6 เดือน	30	35	40	45	50	
9 เดือน	45	55	65	75	85	
10 เดือน	50	60	70	80	90	
12 เดือน	60	70	80	90	100	
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ.....25..... ที่.....3.....คะแนน รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ.....40..... ที่.....4.....คะแนน รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ.....50..... ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ.....75..... ที่.....4.....คะแนน รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ.....80..... ที่.....4.....คะแนน รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ.....100..... ที่.....5.....คะแนน					

การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ.....25..... ที่.....3.....คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ.....40..... ที่.....4.....คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ.....50..... ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ.....75..... ที่.....4.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ.....80..... ที่.....4.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ.....100..... ที่.....5.....คะแนน</p>																														
หมายเหตุ	<p>จำนวนเป้าหมายพื้นที่เยี่ยมทั้งปากหรือเกือบทั้งปากแบ่งตามโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2567</p> <table data-bbox="414 582 925 1052"> <tr><td>1.โรงพยาบาลระยอง</td><td>100</td><td>ราย</td></tr> <tr><td>2.โรงพยาบาลเฉลิมฯ</td><td>45</td><td>ราย</td></tr> <tr><td>3.โรงพยาบาลแก่ง</td><td>60</td><td>ราย</td></tr> <tr><td>4.โรงพยาบาลบ้านฉาง</td><td>40</td><td>ราย</td></tr> <tr><td>5.โรงพยาบาลปลวกแดง</td><td>35</td><td>ราย</td></tr> <tr><td>6.โรงพยาบาลบ้านค่าย</td><td>30</td><td>ราย</td></tr> <tr><td>7.โรงพยาบาลวังจันทร์</td><td>20</td><td>ราย</td></tr> <tr><td>8.โรงพยาบาลนิคมพัฒนา</td><td>15</td><td>ราย</td></tr> <tr><td>9.โรงพยาบาลเขาชะเมาฯ</td><td>15</td><td>ราย</td></tr> <tr><td>รวม</td><td>360</td><td>ราย</td></tr> </table>	1.โรงพยาบาลระยอง	100	ราย	2.โรงพยาบาลเฉลิมฯ	45	ราย	3.โรงพยาบาลแก่ง	60	ราย	4.โรงพยาบาลบ้านฉาง	40	ราย	5.โรงพยาบาลปลวกแดง	35	ราย	6.โรงพยาบาลบ้านค่าย	30	ราย	7.โรงพยาบาลวังจันทร์	20	ราย	8.โรงพยาบาลนิคมพัฒนา	15	ราย	9.โรงพยาบาลเขาชะเมาฯ	15	ราย	รวม	360	ราย
1.โรงพยาบาลระยอง	100	ราย																													
2.โรงพยาบาลเฉลิมฯ	45	ราย																													
3.โรงพยาบาลแก่ง	60	ราย																													
4.โรงพยาบาลบ้านฉาง	40	ราย																													
5.โรงพยาบาลปลวกแดง	35	ราย																													
6.โรงพยาบาลบ้านค่าย	30	ราย																													
7.โรงพยาบาลวังจันทร์	20	ราย																													
8.โรงพยาบาลนิคมพัฒนา	15	ราย																													
9.โรงพยาบาลเขาชะเมาฯ	15	ราย																													
รวม	360	ราย																													
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข																														

แผนงานที่	Plan 9. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ				
โครงการ	โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ				
ตัวชี้วัด	MOU_96 จำนวนผู้ที่ได้รับบริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียม				
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ● จำนวนผู้ที่ได้รับบริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียม หมายถึง จำนวนผู้ที่สูญเสียฟันทั้งขากรรไกร หรือผู้ที่มีฟันเทียมเดิมแต่ฟันเทียมหลวมไม่กระชับ หรือมีข้อบ่งชี้จำเป็นต้องใส่รากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียม เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับการฝังรากฟันเทียมรองรับฟันเทียม ● บริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียม หมายถึง การผ่าตัดฝังรากฟันเทียมในกระดูกขากรรไกรเพื่อรองรับฟันเทียมทั้งปาก ● เป้าสะสมตั้งแต่ ต.ค.2566 หมายถึง เป้าหมายการดำเนินงานปีงบประมาณ 2567 โครงการฟันเทียม รากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 72 พรรษา 28 กรกฎาคม 2567 ตามหนังสือ สธ0904.05/3035 ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2566 (ปีงบประมาณ 2567) จังหวัดระยอง ได้รับการจัดสรรเป้าหมาย รากฟันเทียม 20 ราย 				
เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราผู้ที่มีความจำเป็นที่จะต้องใส่รากฟันเทียมรองรับฟันเทียมได้ใส่รากฟันเทียมรองรับฟันเทียม ร้อยละ 40 (เป้าหมายตั้งแต่ ต.ค.2566)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูญเสียฟันและมีความจำเป็นได้รับการฝังรากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียมทั้งปาก				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลระยอง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงานระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข รายงานที่ 13.36 การให้บริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียม แยกตามสิทธิ				
แหล่งข้อมูล	ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่รากฟันเทียมรองรับฟันเทียม ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566				
รายการข้อมูล 2	จำนวนเป้าหมายผู้ที่ได้รับบริการฝังรากฟันเทียมพระราชทาน เพื่อรองรับฟันเทียมทั้งปาก ปีงบประมาณ 2567 รวม 20 ราย				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตรา (ร้อยละ) ผู้ที่มีความจำเป็นที่จะต้องใส่รากฟันเทียมรองรับฟันเทียม ได้ใส่รากฟันเทียมรองรับฟันเทียม เท่ากับ (รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) x 100				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2564	2565	2566
	อัตรา (ร้อยละ) ผู้ที่มีความจำเป็นที่จะต้องใส่รากฟันเทียมรองรับฟันเทียม ได้ใส่รากฟันเทียมรองรับฟันเทียม	ร้อยละ	-	-	10
	ข้อมูลปี 2566 จากระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 21 พฤศจิกายน 2566				
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2566 - กันยายน 2567				
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลจากผลงานในรายงานระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข				

เกณฑ์การประเมิน	อัตราผู้ที่มีความจำเป็นที่จะต้องใส่รากฟันเทียมรองรับฟันเทียม ได้ใส่รากฟันเทียมรองรับฟันเทียม					
	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 10 (2ราย)	ร้อยละ 15 (3ราย)	ร้อยละ 20 (4ราย)	ร้อยละ 30 (6ราย)	ร้อยละ 35 (7ราย)	ร้อยละ ≥ 40 (≥ 8 ราย)
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมของหน่วยงาน (ร้อยละ)						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	<5	5	10	15	>15	
5 เดือน	<10	10	15	20	>20	
6 เดือน	<15	15	20	25	>25	
9 เดือน	15	20	25	30	>30	
10 เดือน	20	25	30	35	>35	
12 เดือน	25	30	35	40	>40	
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมจังหวัด						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	คะแนน
3 เดือน	<5	5	10	15	>15	3 เดือน
5 เดือน	<10	10	15	20	>20	5 เดือน
6 เดือน	<15	15	20	25	>25	6 เดือน
9 เดือน	15	20	25	30	>30	9 เดือน
10 เดือน	20	25	30	35	>35	10 เดือน
เกณฑ์การประเมิน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน หน่วยงาน ดังนี้					
ภาพรวมของ	รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ.....10..... ที่.....3.....คะแนน					
หน่วยงาน	รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ.....15..... ที่.....3.....คะแนน					
	รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ.....20..... ที่.....3.....คะแนน					
	รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ.....30..... ที่.....4.....คะแนน					
	รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ.....35..... ที่.....4.....คะแนน					
	รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ.....40..... ที่.....4.....คะแนน					
การสรุปผลรวมใน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้					
ภาพจังหวัด	รอบ 3 เดือน ที่ ร้อยละ.....10..... ที่.....3.....คะแนน					
	รอบ 5 เดือน ที่ ร้อยละ.....15..... ที่.....3.....คะแนน					
	รอบ 6 เดือน ที่ ร้อยละ.....20..... ที่.....3.....คะแนน					
	รอบ 9 เดือน ที่ ร้อยละ.....30..... ที่.....4.....คะแนน					
	รอบ 10 เดือน ที่ ร้อยละ.....35..... ที่.....4.....คะแนน					
	รอบ 12 เดือน ที่ ร้อยละ.....40..... ที่.....4.....คะแนน					
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข					
ตัวชี้วัด						

แผนงานที่	อุตสาหกรรมกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย				
โครงการ	โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์				
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_97 จำนวนศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูง				
คำนิยาม	<p>1. ศูนย์เวลเนส (Wellness Center) หมายถึง สถานประกอบการที่ได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้เป็นศูนย์เวลเนสตามประเภทการประเมิน 5 ประเภท ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ที่พักนักท่องเที่ยว (โรงแรมและรีสอร์ท) 2) ภัตตาคาร/ร้านอาหาร 3) สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ 4) สถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ 5) สถานพยาบาล <p>2. แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง แหล่งท่องเที่ยวที่ผ่านการประเมินตามหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร</p> <p>3. การยกระดับแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรม/การประเมินตามเกณฑ์การยกระดับยกระดับสถานประกอบการ/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับเครือข่ายเป็นผู้กำหนด</p> <p>4. การสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร หมายถึง การสร้างความหลากหลาย และการแสดงอัตลักษณ์ถิ่น วัฒนธรรมชุมชน เพื่อเพิ่มมูลค่าบริการและสินค้าจากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร</p> <p>5. ผู้ประกอบการ หมายถึง ผู้ประกอบการในสถานประกอบการ 5 ประเภท และแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ศูนย์เวลเนส/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพฯ	2 แห่ง	5 แห่ง	7 แห่ง	10 แห่ง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. สถานประกอบการ 5 ประเภท ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ที่พักนักท่องเที่ยว (โรงแรมและรีสอร์ท) 2) ภัตตาคาร/ร้านอาหาร 3) สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ 4) สถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ 5) สถานพยาบาล <p>2. แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรในจังหวัดระยอง</p>				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	อำเภอ (รวม รพ.สต. นอกสังกัด)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ข้อมูลจากเว็บไซต์ศูนย์เวลเนสที่ผ่านการรับรอง : https://dtamwellnesscenter.org				
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลศูนย์เวลเนสที่ผ่านการรับรอง : https://dtamwellnesscenter.org				

	2. ข้อมูลจากอำเภอ					
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
				2564	2565	2566
	ศูนย์เวลเนสที่ได้รับการรับรอง		แห่ง	-	-	20
แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการรับรอง		แห่ง	-	-	1	
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบ 3 เดือน วันที่ 29 ธันวาคม 2566 (Quick Win 100 วัน) รอบ 6 เดือน วันที่ 25 มีนาคม 2567 รอบ 9 เดือน วันที่ 25 มิถุนายน 2567 รอบ 12 เดือน วันที่ 20 กันยายน 2567					
วิธีการประเมินผล	1. กลุ่มงานที่รับผิดชอบงานส่งข้อมูลผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การให้คะแนนตามรอบ ระยะเวลาประเมินผล ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ttamrayong21000@gmail.com 2. กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ ประมวลผลข้อมูลการดำเนินงานตามเกณฑ์การให้คะแนน					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับอำเภอ						
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
3 เดือน	-	-	-	-	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์ ประเมิน	
6 เดือน	-	-	-	-	มีการดำเนินงาน ข้อ 1 และ 2	
9 เดือน	-	-	-	-	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์ ประเมิน	
12 เดือน	-	-	-	มีการรับรอง Wellness Center 1 แห่ง	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์ ประเมิน	
3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน			
มีแผนงานการขับเคลื่อน การดำเนินงานศูนย์เวล เนส (Wellness Center)	1. มีสื่อการ ประชาสัมพันธ์ให้ ผู้ประกอบการเข้าร่วมการ รับรองเป็นศูนย์เวลเนส/ แหล่งท่องเที่ยวเชิง สุขภาพ 2. มีการรับรอง Wellness Center ≥ 1 แห่ง	มีการประชาสัมพันธ์ให้ ผู้ประกอบการเข้าร่วมการ รับรองเป็นศูนย์เวลเนส/ แหล่งท่องเที่ยวเชิง สุขภาพ	มีการรับรอง Wellness Center ≥ 2 แห่ง หรือ มีการรับรองแหล่ง ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ภูมิปัญญาไทยและ สมุนไพร ≥ 1 แห่ง			
การสรุปผลรวม ในภาพหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพหน่วยงาน รอบ 3, 6, 9, 12 เดือน ที่ 5 คะแนน					

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	มีการดำเนินงาน ข้อ 1 - 4
6 เดือน	-	-	-	-	มีการดำเนินงาน ข้อ 1 และ 2
9 เดือน	-	-	-	-	มีการดำเนินงาน ข้อ 1 และ 2
12 เดือน	-	-	-	-	มีการดำเนินงาน ข้อ 1 และ 2

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<p>1. มีแผนงานและโครงการการขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์เวลเนส (Wellness Center)</p> <p>2. มีสื่อการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกอบการเข้าร่วมการรับรองเป็นศูนย์เวลเนส/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ</p> <p>3. มีการรับรอง Wellness Center/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร ≥ 2 แห่ง</p> <p>4. มีการรวบรวมข้อมูลการสร้างงานสร้างอาชีพให้กับประชาชนในการนวดไทย ≥ 45 คน</p>	<p>1. มีการรับรอง Wellness Center/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร ≥ 5 แห่ง</p> <p>2. มีการรวบรวมข้อมูลการสร้างงานสร้างอาชีพให้กับประชาชนในการนวดไทย ≥ 60 คน</p>	<p>มีการรับรอง Wellness Center/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร ≥ 7 แห่ง</p> <p>2. มีการรวบรวมข้อมูลการสร้างงานสร้างอาชีพให้กับประชาชนในการนวดไทย ≥ 75 คน</p>	<p>มีการรับรอง Wellness Center/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร ≥ 10 แห่ง</p> <p>2. มีการรวบรวมข้อมูลการสร้างงานสร้างอาชีพให้กับประชาชนในการนวดไทย ≥ 100 คน</p>
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด รอบ 3, 6, 9, 12 เดือน ที่ 5 คะแนน		
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	<p>1.นางสาวเกศริลรัตน์ ปิ่นอนงค์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 093 - 925 - 5463</p> <p>2.นายดนุชเดช จินตสุเมธ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ มือถือ 062 - 557 - 6527</p> <p>3.นางสาวอุบลรัตน์ เพ็ชรรัตน์ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ มือถือ 092 - 616 - 4081</p> <p>กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>E-mail: ttamrayong21000@gmail.com</p>		

แผนงานที่	อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย										
โครงการ	โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์										
ชื่อตัวชี้วัด	MOU_98 ร้อยละของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป้าหมาย ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด										
คำนิยาม	<p>สถานประกอบการ หมายถึง สถานประกอบการที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการตามกฎหมาย ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559</p> <p>สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง สถานประกอบการที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการตามกฎหมาย ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 และรูปแบบการให้บริการการท่องเที่ยวในเชิงการบำบัด บรรเทา รักษาฟื้นฟู ส่งเสริมสุขภาพ ทั้งร่างกายและจิตใจ</p> <p>มาตรฐานตามที่กำหนด หมายถึง มาตรฐานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ได้รับการส่งเสริม พัฒนา และรับรองมาตรฐาน โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nuad Thai Premium 2. Thai World Class Spa 										
เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	เมือง	มาบตาพุด	บ้านฉาง	ปลวกแดง	นิคมพัฒนา	แกลง	บ้านค่าย	เขาชะเมา	วังจันทร์	
	ปีงบประมาณ 2567 (แห่ง)	2	1	1	2	1	2	1	1	1	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับรองตามกฎหมาย										
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากเอกสารหลักฐานการดำเนินงาน คือ รายงานผลการตรวจประเมิน และผลการรับรองมาตรฐานสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ										
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง 3. โรงพยาบาลทุกแห่ง 										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามแผนพัฒนาสถานประกอบการ										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละ = $(A/B) \times 100$										
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด		ผลการดำเนินงาน							
				2564	2565	2566					
	สถานประกอบการ	ร้อยละ		-	-	-					
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผล 3 ครั้ง รอบ 5 เดือน และ รอบ 10 เดือน และรอบ 12 เดือน										

วิธีการประเมิน	1. วัดผลจากการส่งเอกสารหลักฐาน 2. รอบ 5 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับจากผลงานที่ส่งในรอบ 5 เดือน จากเป้าหมายทั้งหมด 3. รอบ 10 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับผลงานทั้งหมดตั้งแต่ต้นปี ถึงเดือนที่ 10 4. รอบ 12 เดือน ประเมินการให้คะแนนโดยนับผลงานทั้งหมดตั้งแต่ต้นปี ถึงเดือนที่ 12		
เกณฑ์การประเมิน	5 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน			
ผลการดำเนินงาน	1 คะแนน	3 คะแนน	5 คะแนน
รอบ 5 เดือน	≤ 30.00	-	> 50.00
รอบ 10 เดือน	≤ 30.00	30.00-90.00	> 90
รอบ 12 เดือน	≤ 30.00	30.00-99.00	100
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด			
ผลการดำเนินงาน	1 คะแนน	3 คะแนน	5 คะแนน
รอบ 5 เดือน	≤ 30.00	-	> 50.00
รอบ 10 เดือน	≤ 30.00	30.00-90.00	> 90
รอบ 12 เดือน	≤ 30.00	30.00-99.00	100
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	แบ่งการประเมินเป็น 3 ครั้ง รอบ 5 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน มีคะแนนรวมเท่ากับ 5 คะแนน		
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป้าหมายได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ร้อยละ 100		
หมายเหตุ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะแจ้งรายชื่อสถานประกอบการเป้าหมาย		
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1. นางพิมลวรรณ ศิริจีระชัย 2. นางสาวพิมพ์ธิรา วิสูง กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทร. 082-4762064 E-mail : rayongfda@gmail.com		



ประเด็นยุทธศาสตร์ : 4
บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

แผนงานที่	การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการ	โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
ตัวชี้วัด	MOU_99 ร้อยละหน่วยงาน (สสจ./รพศ./รพท.) มีการบริหารจัดการกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ
คำนิยาม	<p>1.การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ เพื่อให้มีสัดส่วนประเภทกำลังคนและการกระจายตัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศ แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่การสรรหา คัดเลือก บรรจุ พัฒนา ดำรงรักษา และใช้ประโยชน์ทรัพยากรบุคคลขององค์กร เพื่อตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กรได้ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มุ่งเน้นการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินการการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงานตามแนวทางการใช้กำลังคนที่คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) กำหนด และแนวทางที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย ประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็นดังนี้</p> <p>1.1 มีข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง มีการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่างที่ถูกต้องเป็นปัจจุบัน มีกระบวนการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่าง มีการวิเคราะห์ข้อมูลตำแหน่งว่าง ใช้ในการกำหนดแผนการบริหารตำแหน่งที่สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคน</p> <p>1.2 มีแผนบริหารตำแหน่งว่าง</p> <p>1.2.1 ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน โดยไม่เกินกรอบอัตราที่กำหนด</p> <p>1.2.2 ตำแหน่งว่างเป้าหมาย ณ วันที่ 1 ต.ค. 66 หมายถึง ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ ตามเงื่อนไข ที่ สป.สธ. กำหนดให้เขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยงานดำเนินการบริหารจัดการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น ตำแหน่งว่าง และตำแหน่งว่างที่มีเงื่อนไขการกันตำแหน่ง ได้แก่ บรรจุกลับ บรรจุผู้ได้รับคัดเลือก บรรจุผู้สอบแข่งขัน ยุบรวม/ปรับปรุง การรับเลื่อน/รับย้ายจากเขตสุขภาพอื่น ฯลฯ <u>โดยไม่รวมตำแหน่งว่างระหว่างปี</u> เช่น เสียชีวิต ลาออก ตำแหน่งว่างจากการโอนไปส่วนราชการอื่นและตำแหน่งว่างจากการย้าย/การเลื่อน ไปเขตสุขภาพอื่น ฯลฯ</p> <p>1.2.3 แผนบริหารตำแหน่งว่าง หมายถึง การกำหนดวิธีการ/กระบวนการ/ขั้นตอนการบริหารจัดการตำแหน่งว่างของหน่วยงาน เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่ง ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น การจัดสรรเพื่อคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวม และกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น</p> <p>1.2.4 มีการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดตามแผน หมายถึง การดำเนินการสรรหา คัดเลือก รวมทั้งการบริหารจัดการตำแหน่ง เช่น คัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ ฯลฯ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด หรือระเบียบ/ข้อบังคับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่งได้ตามเป้าหมายที่กำหนดและความต้องการกำลังคนของ สป.สธ./กระทรวง โดยจะต้องมีการบันทึกคำสั่งและข้อมูลลงในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)</p>

	<p>1.2.5 ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ตำแหน่งว่างของบุคลากรประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ เมื่อเทียบกับจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของข้าราชการและพนักงานราชการที่มีอยู่ ณ วันที่รายงานผล คงเหลือไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>2. การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง มีการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงาน ตามแนวทางและเป้าหมายที่ สป.สธ. กำหนด</p>																	
เกณฑ์เป้าหมาย	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. บุคลากรสาธารณสุขประเภทข้าราชการ และพนักงานราชการ 2. หน่วยงาน สสจ. / รพศ. / รพท.																	
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	หน่วยงาน สสจ. / รพศ. / รพท.																	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ของเขตสุขภาพ ที่ 6 2. เอกสารแผนบริหารตำแหน่งว่างและการดำเนินการตามแผนของเขตสุขภาพ																	
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ของเขตสุขภาพ ที่ 6 2. หน่วยงานในสังกัด (สสจ. / รพศ. / รพท.)																	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำแหน่งว่างเป้าหมายทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) ณ วันที่รายงานผล																	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) ณ วันที่ 1 ต.ค. 66																	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline Data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราว่าง จ.ระยอง</td> <td>ร้อยละ</td> <td>3.98</td> <td>3.67</td> <td>4.60</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2564	2565	2566	อัตราว่าง จ.ระยอง	ร้อยละ	3.98	3.67	4.60
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																
		2564	2565	2566														
อัตราว่าง จ.ระยอง	ร้อยละ	3.98	3.67	4.60														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 (6 เดือน) และไตรมาส 4 (12 เดือน)																	
วิธีการประเมิน	วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ของหน่วยงาน																	
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>5 เดือน</th> <th>6 เดือน</th> <th>9 เดือน</th> <th>10 เดือน</th> <th>12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 5</td> <td>ร้อยละ 5</td> <td>ร้อยละ 4</td> <td>ร้อยละ 4</td> <td>ร้อยละ 4</td> </tr> </tbody> </table>					5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	ร้อยละ 4	ร้อยละ 4	ร้อยละ 4			
5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน														
ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	ร้อยละ 4	ร้อยละ 4	ร้อยละ 4														
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน																		
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
5 เดือน	ร้อยละ 8 ขึ้นไป	ร้อยละ 7	ร้อยละ 6	ร้อยละ 5	<ร้อยละ 5													
6 เดือน	ร้อยละ 8 ขึ้นไป	ร้อยละ 7	ร้อยละ 6	ร้อยละ 5	<ร้อยละ 5													
9 เดือน	ร้อยละ 7 ขึ้นไป	ร้อยละ 6	ร้อยละ 5	ร้อยละ 4	<ร้อยละ 4													
10 เดือน	ร้อยละ 7 ขึ้นไป	ร้อยละ 6	ร้อยละ 5	ร้อยละ 4	<ร้อยละ 4													
12 เดือน	ร้อยละ 7 ขึ้นไป	ร้อยละ 6	ร้อยละ 5	ร้อยละ 4	<ร้อยละ 4													

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	ร้อยละ 8 ขึ้นไป	ร้อยละ 7	ร้อยละ 6	ร้อยละ 5	<ร้อยละ 5
6 เดือน	ร้อยละ 8 ขึ้นไป	ร้อยละ 7	ร้อยละ 6	ร้อยละ 5	<ร้อยละ 5
9 เดือน	ร้อยละ 7 ขึ้นไป	ร้อยละ 6	ร้อยละ 5	ร้อยละ 4	<ร้อยละ 4
10 เดือน	ร้อยละ 7 ขึ้นไป	ร้อยละ 6	ร้อยละ 5	ร้อยละ 4	<ร้อยละ 4
12 เดือน	ร้อยละ 7 ขึ้นไป	ร้อยละ 6	ร้อยละ 5	ร้อยละ 4	<ร้อยละ 4
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน และการสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ทุกรอบการประเมินผ่านเกณฑ์ ที่ 5 คะแนน ดังนี้ รอบ 5 เดือน มีตำแหน่งว่างคงเหลือ น้อยกว่าร้อยละ 6 รอบ 6 เดือน มีตำแหน่งว่างคงเหลือ น้อยกว่าร้อยละ 6 รอบ 9 เดือน มีตำแหน่งว่างคงเหลือ น้อยกว่าร้อยละ 5 รอบ 10 เดือน มีตำแหน่งว่างคงเหลือ น้อยกว่าร้อยละ 4 รอบ 12 เดือน มีตำแหน่งว่างคงเหลือ น้อยกว่าร้อยละ 4				
หมายเหตุ	-				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อนาย กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทรศัพท์ 038-613430 ต่อ 2113 E-mail: prrayonghealth@gmail.com				



ประเด็นยุทธศาสตร์ : 5
บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
โครงการ	โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส				
ตัวชี้วัด	MOU_100 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA				
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) กำหนดเป็นตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2566-2570) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ที่กำหนดค่าเป้าหมายในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 เท่ากับร้อยละ 94 ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดภายใต้พระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567 และได้นำกรอบการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช. (พ.ศ.2562-2566) มาประยุกต์ด้วยการปรับปรุงรายละเอียดข้อคำถามที่ใช้ในการประเมิน จัดทำเป็นแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) มุ่งเน้นให้หน่วยงานเป้าหมายให้ความสำคัญในการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงานเป็นหลักภายใต้แนวคิด MOPH ITA 2024 : DECADE OF MOPH ITA โดยมีกรอบแนวทางการประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะทางเว็บไซต์ของหน่วยงานผ่านแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ(MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ทางระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) โดยเป็นแบบวัดที่ให้หน่วยงานเป้าหมายเลือกตอบมีหรือไม่มีเปิดเผยข้อมูลและระบุคำอธิบายเพิ่มเติมประกอบคำตอบลงในระบบ MITAS โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลจากเว็บไซต์ของหน่วยงานและประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลของหน่วยงานเป้าหมายต่อสาธารณะ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการพื้นฐานที่จำเป็นผ่านทางเว็บไซต์หลักของหน่วยงานใน ๙ ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) การเปิดเผยข้อมูล (2) การจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (3) การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (4) การส่งเสริมความโปร่งใส (5) การรับสินบน (6) การใช้ทรัพย์สินของราชการ (7) การดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต (8) การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และ (9) การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามที่ปฏิทินกำหนด</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	66	67	68	69	70
	92	94	94	94	95
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>รวมทั้งสิ้น จำนวน 18 แห่ง จำแนกเป็น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 หน่วยงาน 2. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 3 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 8 หน่วยงาน 4. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 แห่ง 				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 2. โรงพยาบาลระยอง 3.โรงพยาบาลแกลง 				

	<p>4.โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระรัตนราชสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง</p> <p>5.โรงพยาบาลบ้านค่าย</p> <p>6.โรงพยาบาลปลวกแดง</p> <p>7.โรงพยาบาลบ้านฉาง</p> <p>8.โรงพยาบาลวังจันทร์</p> <p>9.โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา</p> <p>10.โรงพยาบาลนิคมพัฒนา</p> <p>11.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองระยอง</p> <p>12.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกลง</p> <p>13.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านค่าย</p> <p>14.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปลวกแดง</p> <p>15.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฉาง</p> <p>16.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังจันทร์</p> <p>17.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาชะเมา</p> <p>18.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนิคมพัฒนา</p>													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมายที่ตอบคำถามและแนบเอกสาร / หลักฐาน ตามข้อคำถามในแบบแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) และให้คะแนนการประเมินตามรอบการประเมิน 4 ไตรมาส ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)</p> <p>กำหนดระดับคะแนนในแต่ละไตรมาส ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไตรมาสที่ 1</th> <th>ไตรมาสที่ 2</th> <th>ไตรมาสที่ 3</th> <th>ไตรมาสที่ 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับขั้น ของความสำเร็จ (5 ระดับ) ผ่าน 5 ข้อ</td> <td>≥ ร้อยละ 60 ผ่าน 14 ข้อ</td> <td>≥ ร้อยละ 75 ผ่าน 17 ข้อ</td> <td>≥ ร้อยละ 90 ผ่าน 20 ข้อ</td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	ระดับขั้น ของความสำเร็จ (5 ระดับ) ผ่าน 5 ข้อ	≥ ร้อยละ 60 ผ่าน 14 ข้อ	≥ ร้อยละ 75 ผ่าน 17 ข้อ	≥ ร้อยละ 90 ผ่าน 20 ข้อ					
ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4											
ระดับขั้น ของความสำเร็จ (5 ระดับ) ผ่าน 5 ข้อ	≥ ร้อยละ 60 ผ่าน 14 ข้อ	≥ ร้อยละ 75 ผ่าน 17 ข้อ	≥ ร้อยละ 90 ผ่าน 20 ข้อ											
แหล่งข้อมูล	แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช. ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)													
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 (ใน 1 ปี)													
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (18 หน่วยงาน)													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A \times 100 / B$													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA</td> <td>ร้อยละ</td> <td>22.22</td> <td>100</td> <td>66.67</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2564	2565	2566	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	22.22	100	66.67
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2564	2565	2566										
ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	22.22	100	66.67										

ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาสที่ 4																																
วิธีการประเมิน	<p>หน่วยงานจำนวน 18 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงาน เกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 ไตรมาสที่ 3 และไตรมาสที่ 4 ดังนี้</p> <p>การประเมินรอบไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี) Small Success : ประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT 1-5) ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="528 674 1326 824"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 ข้อ (MOIT)</td> <td>2 ข้อ (MOIT)</td> <td>3 ข้อ (MOIT)</td> <td>4 ข้อ (MOIT)</td> <td>5 ข้อ (MOIT)</td> </tr> </tbody> </table> <p>ระดับขั้นของความสำเร็จ ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="520 871 1331 1458"> <thead> <tr> <th>ระดับ คะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) จำนวน 1 ข้อ (ของ MOIT1-5)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) จำนวน 2 ข้อ (ของ MOIT1-5)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) จำนวน 3 ข้อ (ของ MOIT1-5)</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) จำนวน 4 ข้อ (ของ MOIT1-5)</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) จำนวน 5 ข้อ (ของ MOIT1-5)</td> </tr> </tbody> </table> <p>การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี) ประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT 1-22) ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 ร้อยละ 84 เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="469 1697 1385 1989"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับขั้น ของ ความสำเร็จ (5 ระดับ) ผ่าน 5 ข้อ</td> <td><ร้อยละ 60 ผ่านน้อยกว่า 14 ข้อ</td> <td>≥ร้อยละ 60 ผ่าน 14 ข้อ</td> <td>≥ร้อยละ 75 ผ่าน 17 ข้อ</td> <td>≥ร้อยละ 90 ผ่าน 20 ข้อ</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	1 ข้อ (MOIT)	2 ข้อ (MOIT)	3 ข้อ (MOIT)	4 ข้อ (MOIT)	5 ข้อ (MOIT)	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) จำนวน 1 ข้อ (ของ MOIT1-5)	2	แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) จำนวน 2 ข้อ (ของ MOIT1-5)	3	แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) จำนวน 3 ข้อ (ของ MOIT1-5)	4	แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) จำนวน 4 ข้อ (ของ MOIT1-5)	5	แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) จำนวน 5 ข้อ (ของ MOIT1-5)	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	ระดับขั้น ของ ความสำเร็จ (5 ระดับ) ผ่าน 5 ข้อ	<ร้อยละ 60 ผ่านน้อยกว่า 14 ข้อ	≥ร้อยละ 60 ผ่าน 14 ข้อ	≥ร้อยละ 75 ผ่าน 17 ข้อ	≥ร้อยละ 90 ผ่าน 20 ข้อ
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																													
1 ข้อ (MOIT)	2 ข้อ (MOIT)	3 ข้อ (MOIT)	4 ข้อ (MOIT)	5 ข้อ (MOIT)																													
ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																
1	แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) จำนวน 1 ข้อ (ของ MOIT1-5)																																
2	แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) จำนวน 2 ข้อ (ของ MOIT1-5)																																
3	แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) จำนวน 3 ข้อ (ของ MOIT1-5)																																
4	แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) จำนวน 4 ข้อ (ของ MOIT1-5)																																
5	แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) จำนวน 5 ข้อ (ของ MOIT1-5)																																
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																													
ระดับขั้น ของ ความสำเร็จ (5 ระดับ) ผ่าน 5 ข้อ	<ร้อยละ 60 ผ่านน้อยกว่า 14 ข้อ	≥ร้อยละ 60 ผ่าน 14 ข้อ	≥ร้อยละ 75 ผ่าน 17 ข้อ	≥ร้อยละ 90 ผ่าน 20 ข้อ																													

การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี)
ประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT 1-22)
ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 4 ร้อยละ 89
เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน
โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ระดับขั้น ของความสำเร็จ (5 ระดับ) ผ่าน 5 ข้อ	<ร้อยละ 60 ผ่านน้อยกว่า 14 ข้อ	≥ร้อยละ 60 ผ่าน 14 ข้อ	≥ร้อยละ 75 ผ่าน 17 ข้อ	≥ร้อยละ 90 ผ่าน 20 ข้อ

การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี)
ประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT 1-22)
ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 ร้อยละ 94
เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน
โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ระดับขั้น ของ ความสำเร็จ (5 ระดับ) ผ่าน 5 ข้อ	<ร้อยละ 60 ผ่านน้อยกว่า 14 ข้อ	≥ร้อยละ 60 ผ่าน 14 ข้อ	≥ร้อยละ 75 ผ่าน 17 ข้อ	≥ร้อยละ 90 ผ่าน 20 ข้อ

เกณฑ์การประเมิน

3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
5 ข้อ MOIT	5 ข้อ MOIT	ร้อยละ 84	ร้อยละ 89	ร้อยละ 89	ร้อยละ 94

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	1 ข้อ (MOIT)	2 ข้อ (MOIT)	3 ข้อ (MOIT)	4 ข้อ (MOIT)	5 ข้อ MOIT
5 เดือน	1 ข้อ (MOIT)	2 ข้อ (MOIT)	3 ข้อ (MOIT)	4 ข้อ (MOIT)	5 ข้อ MOIT
6 เดือน	ระดับขั้นของ ความสำเร็จ (5 ระดับ) ผ่าน 5 ข้อ	<ร้อยละ 60 ผ่านน้อยกว่า 14 ข้อ	≥ร้อยละ 60 ผ่าน 14 ข้อ	≥ร้อยละ 75 ผ่าน 17 ข้อ	≥ร้อยละ 90 ผ่าน 20 ข้อ
9 เดือน	ระดับขั้นของ ความสำเร็จ (5 ระดับ) ผ่าน 5 ข้อ	<ร้อยละ 60 ผ่านน้อยกว่า 14 ข้อ	≥ร้อยละ 60 ผ่าน 14 ข้อ	≥ร้อยละ 75 ผ่าน 17 ข้อ	≥ร้อยละ 90 ผ่าน 20 ข้อ
10 เดือน	ระดับขั้นของ ความสำเร็จ (5 ระดับ) ผ่าน 5 ข้อ	<ร้อยละ 60 ผ่านน้อยกว่า 14 ข้อ	≥ร้อยละ 60 ผ่าน 14 ข้อ	≥ร้อยละ 75 ผ่าน 17 ข้อ	≥ร้อยละ 90 ผ่าน 20 ข้อ
12 เดือน	ระดับขั้นของ ความสำเร็จ (5 ระดับ) ผ่าน 5 ข้อ	<ร้อยละ 60 ผ่านน้อยกว่า 14 ข้อ	≥ร้อยละ 60 ผ่าน 14 ข้อ	≥ร้อยละ 75 ผ่าน 17 ข้อ	≥ร้อยละ 90 ผ่าน 20 ข้อ

แผนที่	การพัฒนากระบวนการและองค์การคุณภาพ
โครงการ	โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
ตัวชี้วัด	MOU_101 ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน
คำนิยาม	<p>หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หมายความว่า หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน</p> <p>การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน หมายความว่า การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 มาตรา 79 บัญญัติให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ ที่กระทรวงการคลังกำหนด</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีระบบการควบคุมภายในที่เพียงพอเหมาะสมเป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การดำเนินงาน เพื่อให้การบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากร ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล 2. การรายงานทางการเงิน เพื่อหน่วยรับตรวจ เป็นไปอย่างถูกต้องเชื่อถือได้และทันต่อเวลาที่กำหนด 3. การปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบข้อบังคับ และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้ถือปฏิบัติการดำเนินงานของหน่วยรับตรวจ ตามนโยบายและวิธีการปฏิบัติงานที่องค์กรได้กำหนดขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประกอบด้วย หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดังนี้ จำนวน 10 หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีระยอง โรงพยาบาลแก่ง โรงพยาบาลปลวกแดง โรงพยาบาลนิคมพัฒนา โรงพยาบาลบ้านค่าย โรงพยาบาลวังจันทร์ โรงพยาบาลบ้านฉาง และโรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดำเนินการนิเทศงานโดยใช้การประเมินงานระบบควบคุมภายในพร้อมรอบการตรวจราชการและการเข้าตรวจสอบตามแผนปฏิบัติงานของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 2. ข้อมูลจากการรายงานผลการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 3. ข้อมูลจากการรายงานในระบบการตรวจสอบและการประเมินผลระบบควบคุมภายในของกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล	1. ลงพื้นที่นี้เทศงานตามกลุ่มเป้าหมาย 2. แบบประเมินงานผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงานตามกลุ่มเป้าหมาย 3. ระบบควบคุมภายในของกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวงสาธารณสุข 4. กระดาษทำการตรวจสอบและประเมินผลระบบควบคุมภายใน				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการตรวจสอบและผ่านเกณฑ์การประเมิน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดที่ได้รับการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2564	2565	2566
	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ	-	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลระบบควบคุมภายในเป็นรายครั้ง (3 ครั้ง/ปี) - รอบ 5 เดือน ภายในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ ของทุกปี - รอบ 10 เดือน ภายในวันที่ 19 กรกฎาคม ของทุกปี - รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 20 กันยายน ของทุกปี				
เกณฑ์การประเมิน	5-6 เดือน - จัดทำแนวทางการประเมินผลระบบการควบคุมภายใน - ชี้แจงแนวทางในหน่วยงานในการดำเนินการ - จัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ทันตามเวลาที่กำหนด	10 เดือน - ประเมินผลการควบคุมภายในผ่านเกณฑ์ร้อยละ 84 - ตรวจสอบและประเมินผลในระบบสารสนเทศ	12 เดือน - หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 90 (9 แห่ง)		
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 - 6 เดือน	-	-	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
10 เดือน	-	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
12 เดือน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 - 6 เดือน	ผ่านระดับ 3 <ร้อยละ 50	ผ่านระดับ 3 ร้อยละ 50 (5 แห่ง)	ผ่านระดับ 3 ร้อยละ 70 (7 แห่ง)	ผ่านระดับ 3 ร้อยละ 80 (8 แห่ง)	ผ่านระดับ 3 ร้อยละ 90 (9 แห่ง)
10 เดือน	ผ่านระดับ 4 <ร้อยละ 50	ผ่านระดับ 4 ร้อยละ 50 (5 แห่ง)	ผ่านระดับ 4 ร้อยละ 70 (7 แห่ง)	ผ่านระดับ 4 ร้อยละ 80 (8 แห่ง)	ผ่านระดับ 4 ร้อยละ 90 (9 แห่ง)
12 เดือน	ผ่านระดับ 5 <ร้อยละ 50	ผ่านระดับ 5 ร้อยละ 50 (5 แห่ง)	ผ่านระดับ 5 ร้อยละ 70 (7 แห่ง)	ผ่านระดับ 5 ร้อยละ 80 (8 แห่ง)	ผ่านระดับ 5 ร้อยละ 90 (9 แห่ง)
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 5 - 6 เดือน ผ่านเกณฑ์ระดับที่ 3 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน ผ่านเกณฑ์ระดับที่ 4 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ระดับที่ 5 ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 5 - 6 เดือน หน่วยงานผ่านเกณฑ์ระดับที่ 3 ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน รอบ 10 เดือน หน่วยงานผ่านเกณฑ์ระดับที่ 4 ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน รอบ 12 เดือน หน่วยงานผ่านเกณฑ์ระดับที่ 5 ร้อยละ 90 ที่ 5 คะแนน				
วิธีการประเมิน	การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดตั้งแต่ ระดับที่ 1 - 5 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ ดังนี้				
	ระดับ	เกณฑ์การประเมิน			
	1	มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบการจัดวางระบบการควบคุมภายในและผู้ติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน			
	2	จัดทำรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ได้แก่ - หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในระดับหน่วยงานของรัฐ (ปค.1) (ถ้ามีตามหลักเกณฑ์) - รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปค.4) - รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปค.5) - รายงานผลการติดตามรายงานประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบติดตาม ปค.5) - รายงานการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน (ปค.6) แล้วเสร็จในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้องตามแนวทาง : หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561			
	3	จัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ทันตามเวลาที่กำหนด			

	4	บันทึกข้อมูลในระบบควบคุมภายในของกลุ่มตรวจสอบภายในระดับ กระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด
	5	ผ่านเกณฑ์การประเมินผลในระบบควบคุมภายในของกลุ่มตรวจสอบ ภายในระดับกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 84
เอกสารสนับสนุน	<p>เอกสารหลักฐานประกอบการประเมินเป็นไปตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการ ควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐที่กระทรวงการคลัง และแนวทางที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 62 วรรคสาม - พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 หมวด 4 มาตรา 79 2. หลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการ ตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม 3. หลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการ ควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 	
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	<p>นางวัชรพรพรรณ สายเทพ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3896 4715 โทรศัพท์มือถือ : 08 6216 8741 โทรสาร : 0 3861 1336 E-mail : wachmay@gmail.com สถานที่ทำงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง</p>	

แผนงานที่	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาล และองค์การคุณภาพ		
โครงการ	โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส		
ตัวชี้วัด	MOU_102 ระดับความสำเร็จในการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ		
คำนิยาม	การจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐภาพรวม ดำเนินการถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ของรายการที่ได้รับจัดสรร(งบลงทุน งบดำเนินงาน ที่ได้รับจัดสรรจากกระทรวงสาธารณสุข, งบค่าเสื่อม และเงินโครงการอื่นๆ ที่ได้รับจัดสรร)		
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100		
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ทุกแห่ง จำนวน 17 แห่ง		
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ทุกแห่ง		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รายงานความคืบหน้าการดำเนินงานของสถานบริการ 2. รายงานการดำเนินงานในระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ (e-GP) 3. โปรแกรมติดตามงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข 4. โปรแกรม plan ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง		
แหล่งข้อมูล	1. รายงานความคืบหน้าการดำเนินงานของสถานบริการ 2. รายงานการดำเนินงานในระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ (e-GP) 3. โปรแกรมติดตามงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข 4. โปรแกรม plan ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมด (17 แห่ง)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B x 100		
วิธีการประเมิน/เกณฑ์การประเมิน			
รอบที่ 1 (ไตรมาส 1-2)			
	50 %	50-75 %	75-100 %
	1. มีการจัดทำแผนการจัดซื้อ จัดจ้าง ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อ จัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 มาตรา 11 และ ระเบียบกระทรวงการคลังฯ ข้อ 11 กรณีมิได้มีการยกเว้นของกฎกระทรวง กำหนดวงเงินการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุโดยวิธีเฉพาะเจาะจง วงเงินจัดซื้อจัดจ้างที่ไม่ทำข้อตกลงเป็นหนังสือ และวงเงินการจัดซื้อจัดจ้างในการแต่งตั้งผู้ตรวจรับพัสดุ 2. แต่งตั้งคณะกรรมการซื้อหรือจ้าง ตามระเบียบกระทรวงการคลัง ข้อ 25 -26 3. กำหนดราคากลางตาม พรบ.ฯ 2560 มาตรา 4(1)-(6) แล้วแต่กรณี 4. กำหนดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุที่จะทำการจัดซื้อจัดจ้าง ตาม พรบ. 2560 มาตรา 9 5. จัดทำประกาศ กำหนด วันเวลา ทั้ง 3 ช่องทาง	1. ขออนุมัติสั่งซื้อ สั่งจ้าง หัวหน้าหน่วยงานของรัฐและผู้มีอำนาจลงนาม 2. บันทึกรายชื่อผู้รับเอกสารเสนอราคา และบันทึกรายชื่อผ่านการพิจารณา ในระบบ e-GP 3. ดำเนินการขั้นตอนตามระบบการจัดซื้อจัดจ้างในระบบ e-GP ถึงขั้นตอนการพิจารณาผลผู้ชนะ	1. ประกาศรายชื่อผู้ชนะที่เสนอราคา ในระบบ e-GP ตาม พรบ.ฯ 2560 มาตรา 66 2. ร่างสัญญา ตรวจสอบสัญญา 3. ลงนามสัญญา

รอบที่ 2 (ไตรมาส 3-4)																															
๕๐ %	100 %																														
1.ตรวจสอบหลักประกันสัญญา 2.ข้อมูล สารสนเทศในสัญญา หัวหน้าส่วนราชการ ลงนามสัญญาและขออนุมัติสั่งซื้อ สั่งจ้าง หัวหน้าหน่วยงานของรัฐและผู้มีอำนาจลงนาม	1.การบริหารสัญญาและการตรวจรับพัสดุ ตาม พรบ.ฯ 2560 หมวด 10 มาตรา 100 ถึง มาตรา 105 2.ก่อนนี้สินผูกพันโดยผ่านระบบ GFMS (กรณีเป็นเงิน งบประมาณหรือเงินอื่นที่ผ่านคลังฯ) 3.การบริหารพัสดุ ตาม พรบ.ฯ 2560 หมวด 13 มาตรา 112 ถึง มาตรา 113																														
<p>หมายเหตุ การจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีจะต้องดำเนินการด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ของกระทรวงการคลัง (e-GP) <u>ข้อยกเว้น</u> หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0405.4/ ว. 322 ลงวันที่ 24 สิงหาคม 2560 เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างผ่านระบบการซื้อจัดจ้างภาครัฐ(e-Gp)</p>																															
<p>เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน ร้อยละของคะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนกำกับของระดับเขตฯ อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 เดือน</td> <td>< 50%</td> <td>50%</td> <td>75%</td> <td>90%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td>< 50%</td> <td>50%</td> <td>75%</td> <td>90%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>9 เดือน</td> <td>< 50%</td> <td>50%</td> <td>75%</td> <td>90%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td>< 50%</td> <td>50%</td> <td>75%</td> <td>90%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>		คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	3 เดือน	< 50%	50%	75%	90%	100%	6 เดือน	< 50%	50%	75%	90%	100%	9 เดือน	< 50%	50%	75%	90%	100%	12 เดือน	< 50%	50%	75%	90%	100%
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																										
3 เดือน	< 50%	50%	75%	90%	100%																										
6 เดือน	< 50%	50%	75%	90%	100%																										
9 เดือน	< 50%	50%	75%	90%	100%																										
12 เดือน	< 50%	50%	75%	90%	100%																										
<p>เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์ประเมินระดับความสำเร็จในการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (17 แห่ง)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 เดือน</td> <td>< 50% (< 9 แห่ง)</td> <td>50% (9 แห่ง)</td> <td>75% (13 แห่ง)</td> <td>90% (16 แห่ง)</td> <td>100% (17 แห่ง)</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td>< 50% (< 9 แห่ง)</td> <td>50% (9 แห่ง)</td> <td>75% (13 แห่ง)</td> <td>90% (16 แห่ง)</td> <td>100% (17 แห่ง)</td> </tr> <tr> <td>9 เดือน</td> <td>< 50% (< 9 แห่ง)</td> <td>50% (9 แห่ง)</td> <td>75% (13 แห่ง)</td> <td>90% (16 แห่ง)</td> <td>100% (17 แห่ง)</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td>< 50% (< 9 แห่ง)</td> <td>50% (9 แห่ง)</td> <td>75% (13 แห่ง)</td> <td>90% (16 แห่ง)</td> <td>100% (17 แห่ง)</td> </tr> </tbody> </table>		คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	3 เดือน	< 50% (< 9 แห่ง)	50% (9 แห่ง)	75% (13 แห่ง)	90% (16 แห่ง)	100% (17 แห่ง)	6 เดือน	< 50% (< 9 แห่ง)	50% (9 แห่ง)	75% (13 แห่ง)	90% (16 แห่ง)	100% (17 แห่ง)	9 เดือน	< 50% (< 9 แห่ง)	50% (9 แห่ง)	75% (13 แห่ง)	90% (16 แห่ง)	100% (17 แห่ง)	12 เดือน	< 50% (< 9 แห่ง)	50% (9 แห่ง)	75% (13 แห่ง)	90% (16 แห่ง)	100% (17 แห่ง)
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																										
3 เดือน	< 50% (< 9 แห่ง)	50% (9 แห่ง)	75% (13 แห่ง)	90% (16 แห่ง)	100% (17 แห่ง)																										
6 เดือน	< 50% (< 9 แห่ง)	50% (9 แห่ง)	75% (13 แห่ง)	90% (16 แห่ง)	100% (17 แห่ง)																										
9 เดือน	< 50% (< 9 แห่ง)	50% (9 แห่ง)	75% (13 แห่ง)	90% (16 แห่ง)	100% (17 แห่ง)																										
12 เดือน	< 50% (< 9 แห่ง)	50% (9 แห่ง)	75% (13 แห่ง)	90% (16 แห่ง)	100% (17 แห่ง)																										
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ร้อยละของคะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนกำกับของระดับเขตฯ อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน																														
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์ประเมินระดับความสำเร็จในการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (17 แห่ง) ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน																														
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดระดับจังหวัด	นางดวงเดือน ปาณะวีระ แทนหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป โทรศัพท์ 038 - 967415-7																														

แผนงานที่	การพัฒนาาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ									
โครงการ	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ									
ตัวชี้วัด	MOU_103 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด									
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ได้แก่ 1. กองส่วนกลาง 2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภออยู่ภายใต้การกำกับ ติดตามผลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</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 การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 บุคลากร หมวด 6 การปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการในปี 2566- 2570 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ให้ส่วนราชการดำเนินการตามลำดับในหมวดที่โดดเด่น แต่ละปี ดังนี้ <table border="1" data-bbox="470 1048 1353 1310"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th> <th>หมวดที่โดดเด่น</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2566</td> <td>หมวด 2 และเลือก 1 หมวด</td> </tr> <tr> <td>2567</td> <td rowspan="4">หน่วยเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อม ปีละ 1 หมวด (ในหมวด 1,3,4,5,6)</td> </tr> <tr> <td>2568</td> </tr> <tr> <td>2569</td> </tr> <tr> <td>2570</td> </tr> </tbody> </table> 3. ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) 4. กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 จำนวน 6 หัวข้อ ครอบคลุม 18 ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดในแต่ละหัวข้อเป็น 2 ตัวชี้วัด รวม 36 ตัวชี้วัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับหมวดที่เลือกดำเนินการ 5. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด 6. จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ <p>ทั้งนี้ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ได้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์กร โดยสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระดับพื้นฐาน (Certified FL) ครบทุกหน่วยงานแล้ว และจะสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาสู่ความโดดเด่นรายหมวด ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 โดยมีขั้นตอนการพัฒนาไปสู่กระบวนการที่สมบูรณ์ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การตั้งรับปัญหา (0-25%) การปฏิบัติการต่างๆ ที่มีลักษณะเป็นกิจกรรมมากกว่าเป็นกระบวนการ และส่วนสำคัญจะตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ขาดการกำหนดเป้าประสงค์ที่ดี 2) แนวทางที่เริ่มเป็นระบบ (30-45%) ส่วนราชการเพิ่งเริ่มต้นการปฏิบัติการต่างๆ ด้วยการใช้กระบวนการที่สามารถทำซ้ำได้ มีการประเมินผล มีการปรับปรุง และเริ่มมีการประสานงานบ้างระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในส่วนราชการ มีการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์เชิงปริมาณ 	พ.ศ.	หมวดที่โดดเด่น	2566	หมวด 2 และเลือก 1 หมวด	2567	หน่วยเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อม ปีละ 1 หมวด (ในหมวด 1,3,4,5,6)	2568	2569	2570
พ.ศ.	หมวดที่โดดเด่น									
2566	หมวด 2 และเลือก 1 หมวด									
2567	หน่วยเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อม ปีละ 1 หมวด (ในหมวด 1,3,4,5,6)									
2568										
2569										
2570										

	3) แนวทางสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน (50-65%) การปฏิบัติการมีลักษณะเป็นกระบวนการที่สามารถทำซ้ำได้ และมีการประเมินอย่างสม่ำเสมอเพื่อการปรับปรุง โดยมีการแบ่งปันการเรียนรู้และมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ภายในส่วนราชการ กระบวนการตอบสนองยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์สำคัญของส่วนราชการ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กำหนดเป็นเกณฑ์การประเมินดังกล่าว และจะมีผู้ตรวจประเมิน ดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ให้ส่วนราชการ เพื่อแสดงผลการรับรองการดำเนินงาน (Certificate) ตามผลการดำเนินงานของหมวดที่ดำเนินการในแต่ละปี				
เกณฑ์เป้าหมาย :	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 ร้อยละ 100				
วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หน่วยบริหาร)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง รวม 8 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตามแบบฟอร์มที่ กพร.สป.กำหนด และจากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด (8 แห่ง)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	2564	2565	2566
			100 (8 แห่ง)	100 (8 แห่ง)	100 (8 แห่ง)
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 5 ,10 และ 12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน : Small success :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	1. ส่วนราชการ(สสจ./สสอ.) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 1) ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 4 มกราคม 2567	1. (สสจ./สสอ.)รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ ตัวชี้วัด รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 4 เมษายน 2567	1. (สสจ./สสอ.)รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ ตัวชี้วัดรอบ 9 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2567	1. (สสจ./สสอ.)รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ ตัวชี้วัด รอบ 12 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 26 กันยายน 2567	

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
2. ส่วนราชการ(สสจ./สสอ.) ประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 (แบบฟอร์ม 2) ส่งภายในวันที่ 4 มกราคม 2567	2.1 (สสจ.)ดำเนินการรายงานผลจัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่น 1 หมวด(แบบฟอร์ม5.2) ส่งภายในวันที่ 4 เมษายน 67	2. ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 9 เดือน โดยทีมผู้ตรวจประเมินฯ	2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ติดตามผลการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 12 เดือน ภายใน 26 กันยายน 2567
3. ส่วนราชการ (สสอ.) นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement: OFI) มาจัดลำดับและจัดทำแผนพัฒนาองค์กรหมวด 1-6(แบบฟอร์ม 3) หมวดละ 1 แผน ส่งภายในวันที่ 4 มกราคม 2567	2.2 (สสอ.)ดำเนินการรายงานผลจัดทำ Best Practices 1 เรื่อง (แบบฟอร์ม 5.1) ส่งภายในวันที่ 4 เมษายน 2567	3. ทีมตรวจประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ตรวจประเมินผ่านระบบและลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินฯ รับรองผลการดำเนินงาน PMQA	
4. ส่วนราชการ(สสจ./สสอ.) กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ (แบบฟอร์ม 4) โดย - สสจ. มีตัวชี้วัดหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัด รวม 36 ตัวชี้วัด - สสอ. มีตัวชี้วัดหัวข้อละ 1 ตัวชี้วัด รวม 18 ตัวชี้วัด และจัดส่งภายในวันที่ 4 มกราคม 2567	3. ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 6 เดือน โดยทีมผู้ตรวจประเมินฯ		

วิธีการประเมิน : จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
<http://www.opdc.go.th/>

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน:

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	การให้คะแนน แต่ละไตรมาสกำหนดผ่านเกณฑ์ที่คะแนนระดับ 5 โดยการให้คะแนน แต่ละไตรมาส ดูจากผลการรายงานให้ กพร.สป.ตาม Small success ผ่านระบบออนไลน์ โดยวัดความครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลา (คิดคะแนนตามวิธีการประเมินที่ กพร.สป. กำหนด)				
6 เดือน					
9 เดือน					
12เดือน					

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด: วัดจากจำนวน สสอ. ที่ผ่านเกณฑ์ PMQA ที่ระดับ 5 คะแนน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	1-2 แห่ง	3 แห่ง	4 แห่ง	5-7 แห่ง	8 แห่ง
6 เดือน	1-2 แห่ง	3 แห่ง	4 แห่ง	5-7 แห่ง	8 แห่ง
9 เดือน	1-2 แห่ง	3 แห่ง	4 แห่ง	5-7 แห่ง	8 แห่ง
12เดือน	1-2 แห่ง	3 แห่ง	4 แห่ง	5-7 แห่ง	8 แห่ง

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	การแปลผลภาพรวม 1 – 4 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่าน 5 คะแนน หมายถึง ผ่าน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ที่คะแนนระดับ 5 โดยการแปลผลภาพรวม 1- 4 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่าน 5 คะแนน หมายถึง ผ่าน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสาน งานตัวชี้วัด ส่วนกลาง	น.ส.อังคณาค์ หัวเมืองวิเชียร นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-5901038 โทรศัพท์มือถือ: 081-2558277 โทรสาร: 02-5901406 E-mail: lkung1038@gmail.com กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กพร.สป.)
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ดร.สุภาวดี โกมลกาญจนกุล ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 0 3861 3430 ต่อ 4101 E-mail: tid2547@gmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

แผนงานที่	การพัฒนาาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการ	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ตัวชี้วัด	<p>MOU_104 ระดับความสำเร็จโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 หรือได้รับการ reaccreditation โดย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3</p> <p>1) ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไปมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3</p> <p>2) ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชน มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3</p>
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข <p>(ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ที่ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงที่เปิดบริการไม่ถึง 3 ปี)</p> <p>HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) มีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดังสูง - HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ชั้น 2 - HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน <p>A-HA หรือ Advanced HA คือ การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรอง Advanced HA (A-HA) ได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่งและมีความพร้อมในการพัฒนามีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป</p> <p>โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ชั้น 3 หรือ Re-Accreditation หรือ Advanced HA โดยมีเงื่อนไข ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง ชั้น 3 หรือ Re-accredit ครั้งต่าง ๆ เช่น R1, R2, R3 เป็นต้น หรือ Advanced HA (A-HA) 2. โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง ชั้น 3e อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง หรือ Re accredit ครั้งต่าง ๆ ที่ผลการรับรองหมดอายุ (e) เช่น R1e, R2e R3e เป็นต้น แต่อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรองหรือ A-HAe ที่อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ระดับความสำเร็จของการพัฒนางานคุณภาพ HA ระดับ5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 100 2. โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 100

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง (รพศ./รพท./รพช.) รวม 9 แห่ง
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง (รพศ./รพท./รพช.) รวม 9 แห่ง
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และกระตุ้นให้ รพศ. รพท. และ รพช. ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ HA ชั้น 3 มีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและไว้วางใจได้ในระดับสากล 2. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพบริการใน รพศ. รพท. และ รพช. ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้มีความรู้ด้านคุณภาพตามมาตรฐานบริการ 3. เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) และนำข้อมูลมาพัฒนาและบูรณาการการทำงานร่วมกับกลุ่มงานภายในกองบริหารการสาธารณสุข 4. เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานบริการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองและสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA ชั้น 1-3 และ Advanced-HA
แหล่งข้อมูล	เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองและสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA ชั้น 1-3 และ Advanced-HA
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ+A-HA + A-HAe อยู่ระหว่างต่ออายุ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง รวม 3 แห่ง
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ+A-HA + A-HAe อยู่ระหว่างต่ออายุ
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด รวม 6 แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $(A/B) \times 100$ 2. $(C/D) \times 100$
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบ 3, 5, 10, และ 12 เดือน
วิธีการประเมินผล	1. การนิเทศงาน โดยทีมนิเทศระดับจังหวัดจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 2. ระบบรายงาน
เกณฑ์การประเมิน	ระดับที่ 1 = โรงพยาบาลมีแผนการประชุมพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาระบบ HA ระดับที่ 2 = โรงพยาบาลผ่านการรับรองการพัฒนามาตรฐาน HA ชั้น 2 ระดับที่ 3 = โรงพยาบาลอยู่ในระหว่างการขอรับรองการพัฒนามาตรฐาน HA ชั้น 3 ระดับที่ 4 = โรงพยาบาลผ่านการประเมิน HA ชั้น 3 หรือ Reaccredit HA ชั้น 3 และอยู่ในระหว่างการยื่นเอกสารขอ Reaccredit ซ้ำตามเกณฑ์

	ระดับที่ 5 = โรงพยาบาลผ่านการรับรองการพัฒนามาตรฐาน HA ^{ขั้น} 3 และผ่านเกณฑ์การประเมินซ้ำตามเกณฑ์				
	ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 5 เดือน	รอบ 10 เดือน	รอบ 12 เดือน
	โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
	โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ 90.00	ร้อยละ 95.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 100.00
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	ระดับ 1	ระดับ 1-2	ระดับ 1-3	ระดับ 1-4	ระดับ 1-5
5 เดือน	ระดับ 1	ระดับ 1-2	ระดับ 1-3	ระดับ 1-4	ระดับ 1-5
10 เดือน	ระดับ 1	ระดับ 1-2	ระดับ 1-3	ระดับ 1-4	ระดับ 1-5
12 เดือน	ระดับ 1	ระดับ 1-2	ระดับ 1-3	ระดับ 1-4	ระดับ 1-5
ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ทุกรอบการประเมิน ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน มีการดำเนินงานที่ระดับ 1-5					
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ทุกรอบการประเมิน ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน ดังนี้ จำนวนโรงพยาบาลที่มี ระดับความสำเร็จระดับ 5 จำนวน 9 แห่ง (5 คะแนน)					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	5 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง
5 เดือน	5 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง
10 เดือน	5 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง
12 เดือน	5 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	9 แห่ง
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ทุกรอบการประเมิน รพ.ผ่านเกณฑ์ ข้อ 1-5 ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ทุกรอบการประเมิน รพ.ผ่านเกณฑ์ จำนวน 9 แห่ง ที่ 5 คะแนน				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวสาวิณีย์ ภูสันต์ โทรศัพท์ที่ทำงาน :038613430 ต่อ4101 กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ :098-935-2636 E-mail : qarayong09@gmail.com		

แผนที่	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
โครงการที่	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ				
ชื่อตัวชี้วัด	<p>ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)</p> <p>MOU_105 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)</p> <p>1.1 ร้อยละของสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must)</p> <p>1.2 ร้อยละของสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must)</p> <p>MOU_106 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)</p> <p>2.1 ร้อยละของสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best)</p> <p>2.2 ร้อยละของสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best)</p>				
คำนิยาม	<p>การพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) คือ การพัฒนาให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนต่อการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมที่มีความทันสมัยมาปรับปรุงโครงสร้าง การจัดการรูปแบบใหม่ที่มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ ลดขั้นตอน ลดระยะเวลารอคอยลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ทั้ง 3 ด้าน</p> <p>1. สิ่งแวดล้อมดี (Environment) : การพัฒนาและปรับปรุงสถานบริการทั้งภายใน และภายนอก ภายใต้การบริหารจัดการที่คำนึงถึงความปลอดภัย ได้มาตรฐาน เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และสร้างความสะดวกสบายให้กับผู้รับบริการ</p> <p>2. ความทันสมัย (Modernize) : การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มความสะดวก รวดเร็วให้กับผู้มารับบริการ รวมทั้งเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ</p> <p>3. บริการอย่างมืออาชีพ (Smart Service) : การให้บริการแก่ผู้รับบริการอย่างมืออาชีพ มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มุ่งมั่นในการให้บริการ ลดข้อจำกัด เรื่องขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน และเพิ่มความปลอดภัย ให้ผู้รับบริการ สร้างความพึงพอใจและความรู้สึกพิเศษให้กับผู้รับบริการ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :	MOU_105 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)				
	รายการ	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	รพศ./รพท.	80	85	90	95
	รพช.	80	85	90	95

MOU_106 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)				
รายการ	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
รพศ./รพท.	30	40	50	60
รพช.	10	15	20	25
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการ มีความสะอาด ปลอดภัย ทันสมัยทั้งทางด้านโครงสร้าง และระบบการบริหารจัดการเพื่อสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- กลุ่มระดับ รพศ./รพท จำนวน 3 แห่ง - กลุ่มระดับ รพช. จำนวน 6 แห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้ตรวจสอบการประเมิน สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) (The best) ในแบบรายงานผลภายในระยะเวลาที่กำหนด			
แหล่งข้อมูล	แบบรายงานผลการพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS รพ.ทุกแห่ง			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) A2 = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) A3 = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best) A4 = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best)			
รายการข้อมูล 2	B1 = สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ รพศ./รพท จำนวน 3 แห่ง B2 = สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ รพช. จำนวน 6 แห่ง B3 = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) B4 = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	MOU_105 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) ระดับ รพศ./รพท (The must) = $(A1/B1) \times 100$ ระดับ รพช. (The must) = $(A2/B2) \times 100$ MOU_106 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best) ระดับ รพศ./รพท (The best) = $(A3/B3) \times 100$ ระดับ รพช. (The best) = $(A4/B4) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน			

เกณฑ์การประเมิน :หน่วยงาน

MOU_105 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)

เกณฑ์การให้คะแนน แต่ละหน่วยงานดูเกณฑ์ THE MUST สิ่งแวดล้อมดี /ความทันสมัย/บริการด้วยหัวใจ (ผ่านเกณฑ์ที่ 22 คะแนนเต็ม 30 คะแนน)

	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบ 3 เดือน	< 16 คะแนน	≥ 16 คะแนน	≥ 18 คะแนน	≥ 20 คะแนน	≥ 22 คะแนน
รอบ 5 เดือน	< 16 คะแนน	≥ 16 คะแนน	≥ 18 คะแนน	≥ 20 คะแนน	≥ 22 คะแนน
รอบ 6 เดือน	< 16 คะแนน	≥ 16 คะแนน	≥ 18 คะแนน	≥ 20 คะแนน	≥ 22 คะแนน
รอบ 10 เดือน	< 16 คะแนน	≥ 16 คะแนน	≥ 18 คะแนน	≥ 20 คะแนน	≥ 22 คะแนน
รอบ 12 เดือน	< 16 คะแนน	≥ 16 คะแนน	≥ 18 คะแนน	≥ 20 คะแนน	≥ 22 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน : ภาพจังหวัด เกณฑ์ The must ของรพศ/รพท.

วัดจากจำนวน รพศ/รพท.ที่ผ่านระดับ 5 คะแนน

	1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
รอบ 3 เดือน			รพ.ผ่าน 1 แห่ง	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง
รอบ 5 เดือน			รพ.ผ่าน 1 แห่ง	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง
รอบ 6 เดือน			รพ.ผ่าน 1 แห่ง	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง
รอบ 10เดือน			รพ.ผ่าน 1 แห่ง	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง
รอบ 12เดือน			รพ.ผ่าน 1 แห่ง	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง

เกณฑ์การประเมิน : ภาพจังหวัด เกณฑ์ The must ของรพช.

วัดจากจำนวน รพช.ที่ผ่านระดับ 5 คะแนน

	1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
รอบ 3 เดือน	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง	รพ.ผ่าน 4 แห่ง	รพ.ผ่าน 5 แห่ง	รพ.ผ่าน 6 แห่ง
รอบ 5 เดือน	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง	รพ.ผ่าน 4 แห่ง	รพ.ผ่าน 5 แห่ง	รพ.ผ่าน 6 แห่ง
รอบ 6 เดือน	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง	รพ.ผ่าน 4 แห่ง	รพ.ผ่าน 5 แห่ง	รพ.ผ่าน 6 แห่ง
รอบ 10เดือน	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง	รพ.ผ่าน 4 แห่ง	รพ.ผ่าน 5 แห่ง	รพ.ผ่าน 6 แห่ง
รอบ 12เดือน	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง	รพ.ผ่าน 4 แห่ง	รพ.ผ่าน 5 แห่ง	รพ.ผ่าน 6 แห่ง

MOU_106 ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)

เกณฑ์การให้คะแนน แต่ละหน่วยงานดูเกณฑ์ THE best สิ่งแวดล้อมดี /ความทันสมัย/บริการด้วยหัวใจ (ผ่านเกณฑ์ที่ 21 คะแนนเต็ม 26 คะแนน)

	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบ 3 เดือน	< 16 คะแนน	≥ 16 คะแนน	≥ 18 คะแนน	≥ 20 คะแนน	≥ 21 คะแนน
รอบ 5 เดือน	< 16 คะแนน	≥ 16 คะแนน	≥ 18 คะแนน	≥ 20 คะแนน	≥ 21 คะแนน
รอบ 6 เดือน	< 16 คะแนน	≥ 16 คะแนน	≥ 18 คะแนน	≥ 20 คะแนน	≥ 21 คะแนน
รอบ 10 เดือน	< 16 คะแนน	≥ 16 คะแนน	≥ 18 คะแนน	≥ 20 คะแนน	≥ 21 คะแนน
รอบ 12 เดือน	< 16 คะแนน	≥ 16 คะแนน	≥ 18 คะแนน	≥ 20 คะแนน	≥ 21 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน : ภาพจังหวัด เกณฑ์ The best ของ รพศ/รพท.					
วัดจากจำนวน รพศ/รพท.ที่ผ่านระดับ 5 คะแนน					
	1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
รอบ 3 เดือน			รพ.ผ่าน 1 แห่ง	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง
รอบ 5 เดือน			รพ.ผ่าน 1 แห่ง	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง
รอบ 6 เดือน			รพ.ผ่าน 1 แห่ง	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง
รอบ 10เดือน			รพ.ผ่าน 1 แห่ง	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง
รอบ 12เดือน			รพ.ผ่าน 1 แห่ง	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง
ภาพจังหวัด เกณฑ์ The best ของ รพช. วัดจากจำนวน รพช. ที่ผ่านระดับ 5 คะแนน					
	1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
รอบ 3 เดือน		รพ.ผ่าน 1 แห่ง	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง	รพ.ผ่าน ≥ 4 แห่ง
รอบ 5 เดือน		รพ.ผ่าน 1 แห่ง	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง	รพ.ผ่าน ≥ 4 แห่ง
รอบ 6 เดือน		รพ.ผ่าน 1 แห่ง	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง	รพ.ผ่าน ≥ 4 แห่ง
รอบ 10เดือน		รพ.ผ่าน 1 แห่ง	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง	รพ.ผ่าน ≥ 4 แห่ง
รอบ 12เดือน	รพ.ผ่าน 1 แห่ง	รพ.ผ่าน 2 แห่ง	รพ.ผ่าน 3 แห่ง	รพ.ผ่าน 4 แห่ง	รพ.ผ่าน ≥ 5 แห่ง
วิธีการประเมินผล :	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบประเมินสถานบริการฯ ตามเกณฑ์การประเมินสถานบริการฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) และขั้นสูง (The best) 2. ผลการดำเนินงานรายไตรมาส ของรพ.				
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 2. เกณฑ์การพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS ขั้นพื้นฐาน (The must) และขั้นสูง (The best)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	สถานบริการ สังกัด สป. ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)	ร้อยละ	-	รพศ./รพท. ร้อยละ 91.27 รพช. ร้อยละ 86.19	รพศ./รพท. ร้อยละ 96.85 รพช. ร้อยละ 91.75
	สถานบริการต้นแบบของเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)	จำนวน/เขตสุขภาพ	-	17 แห่ง (ครบ 12 เขตสุขภาพ)	43 แห่ง (ครบ 12 เขตสุขภาพ)
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวสรายุทิพย์ สังข์ไชย โทรศัพท์มือถือ : 08 0473 3981 2. นางอารี ควรเนตร		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : qarayong09@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		

แผนงานที่	การพัฒนาาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
โครงการ	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ				
ตัวชี้วัด	MOU_107 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปฏิบัติราชการ MOU ประจำปีงบประมาณ 2567				
คำนิยาม	ตัวชี้วัดปฏิบัติราชการ MOU ประจำปีงบประมาณ 2567 หมายถึง ตัวชี้วัดตามข้อตกลงการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2567 ที่ผ่านความชอบของคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองเรียบร้อยแล้ว การประเมินหน่วยงาน 1) ตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลดำเนินการขับเคลื่อน 2) ตัวชี้วัดที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินการขับเคลื่อน				
เกณฑ์เป้าหมาย	ประเมินคะแนนเต็ม 5 คะแนน (ผ่านเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย ≥ 4 คะแนน) (ตามจำนวนตัวชี้วัดที่ประเมินตามรอบการประเมิน)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ. / สสอ. ทุกแห่ง				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพ. / สสอ./ รพ.สต. ทุกแห่ง (รพ.สต. ประเมินในภาพรวม สสอ.)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปฏิบัติราชการ MOU ประจำปีงบประมาณ 2567 ปีละ 4 ครั้ง คือ ผลงาน 5, 6 เดือน และผลงาน 10, 12 เดือน				
แหล่งข้อมูล	1. เอกสารการรายงานผลการดำเนินงานตามรอบการประเมินของแต่ละตัวชี้วัด 2. การนิเทศงาน 3. ข้อมูล HDC				
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของค่าคะแนนผลงานตามตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการที่ดำเนินการ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตัวชี้วัดที่ดำเนินการทั้งหมด (ตามรอบการประเมิน)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผลรวมค่าคะแนน 5 คะแนน = A / B				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
	การดำเนินงานตามข้อตกลงการปฏิบัติราชการ	วัดกระบวนการและผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป็นร้อยละ	ผ่าน ร้อยละ 52.78 ไม่ผ่านร้อยละ 47.22 คะแนนเฉลี่ย 4.04	ผ่าน ร้อยละ 66.00 ไม่ผ่านร้อยละ 34.00 คะแนนเฉลี่ย 4.26	ผ่าน ร้อยละ 58.06 ไม่ผ่านร้อยละ 41.94 คะแนนเฉลี่ย 4.05
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 4 ครั้ง * ครั้งที่ 1 ใช้ผลการดำเนินงานตั้งแต่ ตุลาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 ตัดยอดผลงาน ภายใน 20 กุมภาพันธ์ 2567 * ครั้งที่ 2 ใช้ผลการดำเนินงานตั้งแต่ ตุลาคม 2566 ถึง มีนาคม 2567 ตัดยอดผลงาน ภายใน 25 มีนาคม 2567 * ครั้งที่ 3 ใช้ผลการดำเนินงานตั้งแต่ ตุลาคม 2566 ถึง กรกฎาคม 2567 ตัดยอดผลงาน ภายใน 19 กรกฎาคม 2567 * ครั้งที่ 4 ใช้ผลการดำเนินงานตั้งแต่ ตุลาคม 2566 ถึง กันยายน 2567 ตัดยอดผลงาน ภายใน 20 กันยายน 2567				


วิธีการประเมิน	ประเมินจากคะแนนผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด MOU ที่ดำเนินการ ดังนี้ ผลคะแนนที่ได้ = $\frac{\text{ผลรวมของค่าคะแนนผลงานตามตัวชี้วัดที่ดำเนินการ}}{\text{จำนวนตัวชี้วัดที่ดำเนินการทั้งหมด}}$				
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	ผลคะแนน = $\frac{\text{ผลรวมของค่าคะแนนผลงานตามตัวชี้วัดที่ดำเนินการในรอบ 5 เดือน}}{\text{จำนวนตัวชี้วัดที่ดำเนินการทั้งหมด ในรอบ 5 เดือน}}$				
6 เดือน	ผลคะแนน = $\frac{\text{ผลรวมของค่าคะแนนผลงานตามตัวชี้วัดที่ดำเนินการ ในรอบ 6 เดือน}}{\text{จำนวนตัวชี้วัดที่ดำเนินการทั้งหมดในรอบ 6 เดือน}}$				
10 เดือน	ผลคะแนน = $\frac{\text{ผลรวมของค่าคะแนนผลงานตามตัวชี้วัดที่ดำเนินการในรอบ 10 เดือน}}{\text{จำนวนตัวชี้วัดที่ดำเนินการทั้งหมดในรอบ 10 เดือน}}$				
12 เดือน	ผลคะแนน = $\frac{\text{ผลรวมของค่าคะแนนผลงานตามตัวชี้วัดที่ดำเนินการ ในรอบ 12 เดือน}}{\text{จำนวนตัวชี้วัดที่ดำเนินการทั้งหมดในรอบ 12 เดือน}}$				
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ทุกรอบการประเมิน	ผลคะแนน = $\frac{\text{ผลรวมของค่าคะแนนผลงานตามตัวชี้วัดที่ดำเนินการทั้งหมด (ตามรอบการประเมิน 5,6,10,12 เดือน)}}{\text{จำนวนตัวชี้วัดที่ดำเนินการทั้งหมด (ตามรอบการประเมิน 5,6,10,12 เดือน)}}$				
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้ ค่าคะแนนของผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการ MOU ที่ดำเนินการทั้งหมด ปีงบประมาณ 2567 <ul style="list-style-type: none"> ▪ รอบ 5 และ 6 เดือน ประเมินคะแนนเต็มที่ 5 คะแนน (ผ่านเกณฑ์ที่ 3 คะแนน) ▪ รอบ 10 และ 12 เดือน ประเมินคะแนนเต็มที่ 5 คะแนน (ผ่านเกณฑ์ที่ 4 คะแนน) 				
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผลรวมของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการ MOU ประจำปีงบประมาณ 2567 <ul style="list-style-type: none"> ▪ รอบ 5 และ 6 เดือน ประเมินคะแนนเต็มที่ 5 คะแนน (ผ่านเกณฑ์ที่ 3 คะแนน) ▪ รอบ 10 และ 12 เดือน ประเมินคะแนนเต็มที่ 5 คะแนน (ผ่านเกณฑ์ที่ 4 คะแนน) 				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1.นางสาวปุกนิภา ศรีติมงคล ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ 2.น.ส.นันทณัฐ เกษี ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โทรศัพท์ 038-967-415-7 E-mail rayong21@gmail.com				


แผนงานที่	การพัฒนาาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ														
โครงการ	โครงการพัฒนาาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ														
ตัวชี้วัด	MOU_108 ระดับความสำเร็จในการเชื่อมโยงข้อมูล PHR และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์														
คำนิยาม	<p>Personal Health Records (PHRs) หมายถึง ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ และผู้ป่วยสามารถควบคุมดูแล จัดการ และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นได้ ไม่ว่าจะมีส่วนที่มาจากข้อมูลในระบบสารสนเทศ (EHRs) ของสถานพยาบาลโดยตรง ข้อมูลจากการบันทึกของผู้ป่วยเอง หรือจากแหล่งอื่นก็ตาม ทั้งนี้รวมถึงกรณีที่คุณแทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ใช้งานแทนผู้ป่วยด้วย</p> <p>ส่งข้อมูลเข้า PHR กระทรวง หมายถึง การเชื่อมโยงข้อมูลจาก HIS ผ่าน API เข้ากระทรวงสาธารณสุข ส่วนลักษณะข้อมูลที่จำเป็นต้องดำเนินการ 6 เรื่องตามเกณฑ์ประเมิน รพ. อัจฉริยะ ด้านบริหารจัดการ ได้แก่ 1.ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยและสิทธิผู้ป่วย 2.Vital Sign 3.ข้อมูลวินิจฉัย 4.ข้อมูลการสั่งยา 5.ข้อมูล Lab 6.ข้อมูลการแพทย์</p> <p>EVER HIE หมายถึง โปรแกรมระบบส่งต่อผู้ป่วย</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 5														
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขรวบรวมและจัดเก็บข้อมูล เพื่อสรุปภาพรวมในระดับจังหวัด														
แหล่งข้อมูล	https://phr1.moph.go.th/dashboard และ EVER HIE														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่เชื่อมโยงข้อมูล PHR และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (จำนวน 9 แห่ง)														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	3 เดือน / 5 เดือน / 6 เดือน / 9 เดือน / 10 เดือน / 12 เดือน														
วิธีการประเมิน	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">1.ระดับความสำเร็จ 5 ระดับ</td> </tr> <tr> <td>ข้อ</td> <td>ความสำเร็จ</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>มีการใช้งานระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EVER HIE)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>สามารถเชื่อมการส่งข้อมูล PHR ได้เป็นปัจจุบัน</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ผ่านข้อ 1 และข้อ 2</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ผ่านข้อ 1 และข้อ 2 และมีข้อมูลเข้า PHR กระทรวงมีจำนวนใกล้เคียงใน HIS อย่างน้อย 2 เรื่อง</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ผ่านข้อ 1 และข้อ 2 และมีข้อมูลเข้า PHR กระทรวงมีจำนวนใกล้เคียงใน HIS อย่างน้อย 4 เรื่อง</td> </tr> </table>	1.ระดับความสำเร็จ 5 ระดับ		ข้อ	ความสำเร็จ	1	มีการใช้งานระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EVER HIE)	2	สามารถเชื่อมการส่งข้อมูล PHR ได้เป็นปัจจุบัน	3	ผ่านข้อ 1 และข้อ 2	4	ผ่านข้อ 1 และข้อ 2 และมีข้อมูลเข้า PHR กระทรวงมีจำนวนใกล้เคียงใน HIS อย่างน้อย 2 เรื่อง	5	ผ่านข้อ 1 และข้อ 2 และมีข้อมูลเข้า PHR กระทรวงมีจำนวนใกล้เคียงใน HIS อย่างน้อย 4 เรื่อง
1.ระดับความสำเร็จ 5 ระดับ															
ข้อ	ความสำเร็จ														
1	มีการใช้งานระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EVER HIE)														
2	สามารถเชื่อมการส่งข้อมูล PHR ได้เป็นปัจจุบัน														
3	ผ่านข้อ 1 และข้อ 2														
4	ผ่านข้อ 1 และข้อ 2 และมีข้อมูลเข้า PHR กระทรวงมีจำนวนใกล้เคียงใน HIS อย่างน้อย 2 เรื่อง														
5	ผ่านข้อ 1 และข้อ 2 และมีข้อมูลเข้า PHR กระทรวงมีจำนวนใกล้เคียงใน HIS อย่างน้อย 4 เรื่อง														

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	ข้อ 1	ข้อ 2
5 เดือน	-	-	-	ข้อ 1	ข้อ 2
6 เดือน	-	-	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 3
9 เดือน	-	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 3	ข้อ 4
10 เดือน	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 3	ข้อ 4	ข้อ 5
12 เดือน	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 3	ข้อ 4	ข้อ 5

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
ประเมิน ร้อยละของ รพ.ที่ได้ 5 คะแนน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
5 เดือน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
6 เดือน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
9 เดือน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
10 เดือน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
12 เดือน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน ผ่านข้อ.....2.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน ผ่านข้อ.....2.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ผ่านข้อ.....3.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ผ่านข้อ.....4.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ผ่านข้อ.....5.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ผ่านข้อ.....5.....ที่.....5.....คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน <u>ภาพรวมจังหวัด</u> ดังนี้ รอบ 3 เดือน รพ.ผ่านข้อ 2 ร้อยละ100.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 5 เดือน รพ.ผ่านข้อ 2 ร้อยละ100.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน รพ.ผ่านข้อ 3 ร้อยละ100.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน รพ.ผ่านข้อ 4 ร้อยละ100.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน รพ.ผ่านข้อ 5 ร้อยละ100.....ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน รพ.ผ่านข้อ 5 ร้อยละ100.....ที่.....5.....คะแนน
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1.นายสมภพ บุญเจริญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-294-2990 E-mail: zompop@hotmail.com กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

แผนงานที่	การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ตัวชี้วัด	MOU_109 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ
คำนิยาม	โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และอำนวยความสะดวกเร็วให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 5
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. แต่งตั้งคณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัด จังหวัดระยอง คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ที่ 150/2566 ลงวันที่ 20 พฤศจิกายน 2566 2. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ภายในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2566 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองประชุมชี้แจงตัวชี้วัดให้โรงพยาบาลทุกแห่ง วันที่ 23 พฤศจิกายน 2566 4. กรรมการประเมินฯ ออกตรวจประเมินทุกโรงพยาบาล บันทึกผลประเมินผ่าน Web Application ของกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	เข้าระบบผ่าน https://www.appsheet.com/start/bb483a00-673a-4a18-ae7f-96d7afcb5440 
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	คะแนนตามเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ คะแนนเต็ม 1,000 คะแนน
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ภายใน 10 ธันวาคม 2566 รอบที่ 2 : ภายใน 31 กรกฎาคม 2567 รอบที่ 3 : ภายใน 15 สิงหาคม 2567
วิธีการประเมิน	1.ประเมินตนเอง 2.คณะกรรมการประเมินประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัด 3.ประเมินผลจาก Web Application โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 มีเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน คะแนนเต็ม 250 คะแนน 2. ด้านบริหารจัดการ คะแนนเต็ม 250 คะแนน

	<p>3. ด้านการให้บริการ คะแนนเต็ม 250 คะแนน</p> <p>4. ด้านความปลอดภัยและธรรมาภิบาล คะแนนเต็ม 250 คะแนน</p> <p>โดยแบ่งระดับโรงพยาบาลอัจฉริยะ เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระดับพื้นฐาน 700 คะแนน 2. ระดับดี 800 คะแนน 3. ระดับดีเลิศ 900 คะแนน <p>ทั้งนี้ในแต่ละด้านต้องผ่านเกณฑ์การประเมินที่จำเป็น ด้านละ 160 คะแนน</p> <p>รายละเอียดตาม QR Code</p> <div style="text-align: center;">  </div>
--	--

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	300	400	500	600	700
5 เดือน	300	400	500	600	700
6 เดือน	500	600	650	700	800
9 เดือน	500	600	700	800	900
10 เดือน					
12 เดือน					

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	รพ.ประเมินตนเอง < ร้อยละ 40	รพ.ประเมินตนเอง ร้อยละ 40	รพ.ประเมินตนเอง ร้อยละ 50	รพ.มีแผนพัฒนา รพ.อัจฉริยะ ร้อยละ 50	รพ.ตามเป้าหมาย quick win ผ่านเกณฑ์ พื้นฐาน 2 แห่ง
5 เดือน					
6 เดือน	ผ่านระดับพื้นฐาน น้อยกว่าร้อยละ 20	ผ่านระดับพื้นฐาน ร้อยละ 20	ผ่านระดับพื้นฐาน ร้อยละ 30	ผ่านระดับพื้นฐาน ร้อยละ 40	ผ่านระดับพื้นฐาน ร้อยละ 50
9 เดือน					
10 เดือน					
12 เดือน					

<p>เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน</p>	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมิน<u>แต่ละหน่วยงาน</u> ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน รพ.ประเมินในแต่ละด้านผ่านเกณฑ์ 700 คะแนน..ที่..5...คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน รพ.ประเมินในแต่ละด้านผ่านเกณฑ์ 700 คะแนน..ที่..5...คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน รพ.ประเมินในแต่ละด้านผ่านเกณฑ์ 700 คะแนน..ที่..4...คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน รพ.ประเมินในแต่ละด้านผ่านเกณฑ์ 700 คะแนน..ที่..3...คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน รพ.ประเมินในแต่ละด้านผ่านเกณฑ์ 700 คะแนน..ที่..3...คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน รพ.ประเมินในแต่ละด้านผ่านเกณฑ์ 700 คะแนน..ที่..3...คะแนน</p>
--	---

<p>การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด</p>	<p>ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้</p> <p>รอบ 3 เดือน รพ.ผ่านระดับพื้นฐาน 2 แห่ง ที่...5...คะแนน</p> <p>รอบ 5 เดือน รพ.ผ่านระดับพื้นฐาน 2 แห่ง ที่...5...คะแนน</p> <p>รอบ 6 เดือน รพ.ผ่านระดับพื้นฐาน ร้อยละ 30.....ที่.....3.....คะแนน</p> <p>รอบ 9 เดือน รพ.ผ่านระดับพื้นฐาน ร้อยละ 50.....ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 10 เดือน รพ.ผ่านระดับพื้นฐาน ร้อยละ 50.....ที่.....5.....คะแนน</p> <p>รอบ 12 เดือน รพ.ผ่านระดับพื้นฐาน ร้อยละ 50.....ที่.....5.....คะแนน</p>
<p>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p>	<p>1.นายสมภพ บุญเจริญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-294-2990 E-mail: zompop@hotmail.com</p> <p>กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง</p>

แผนงานที่	การพัฒนาาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการ	โครงการพัฒนาาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ตัวชี้วัด	MOU_110 ระดับความสำเร็จของการจัดบริการการแพทย์ทางไกลในโรงพยาบาล
คำนิยาม	<p>การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามความเห็นของแพทย์ และบริบทของพื้นที่ ด้วยกระบวนการที่เป็นมาตรฐาน อย่างน้อยประกอบด้วย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กระบวนการให้บริการมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ 2. ปฏิบัติด้วยความรอบคอบภายใต้กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และทำการบินที่ก RoPA (กิจกรรมการประมวลผลขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล ตามมาตรา 39 พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562) 3. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาจากกองทุนต่างๆ ได้ตามสิทธิ์ 4. บันทึกข้อมูลการให้บริการฯ ในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System) ด้วยรหัสมาตรฐานแพ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ “5 รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth/Telemedicine)” และจัดส่งข้อมูลบริการฯ ดังกล่าวเข้าสู่คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center) 5. การให้บริการการแพทย์ทางไกล เชื่อมโยงกับการส่งยาที่บ้านได้ 6. มีจำนวนครั้งการให้บริการฯ ทั่วประเทศไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง <p>หน่วยบริการ หรือ รพ. หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ / ทั่วไป / ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)</p> <p>มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามที่แพทย์เห็นสมควร หรือตามบริบทของพื้นที่ 2. อสม. มีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้กลไก 3 หมอ 3. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเชื่อมต่อบริบบนที่กการให้บริการ (Visit) กับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) 4. หน่วยบริการจัดให้มีการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการการแพทย์ทางไกล 5. หน่วยบริการจัดทำรายงานสิ้นปีแสดง สถิติจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มติดตามอาการทั้งหมด เพื่อใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นในการคำนวณร้อยละของตัวชี้วัดในปีงบประมาณถัดไป 6. คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด ติดตามและกำกับดูแลหน่วยบริการให้มีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด <p>มาตรฐานแพ้ม อ้างอิงจากเว็บไซต์กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รหัสที่มีการเปลี่ยนแปลงปีงบประมาณ 2564 (https://bps.moph.go.th/healthdata/standardcode43v2-415oct19/)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 5

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	-กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน รหัส 1B1281 -ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 -ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ICD-10 E10-E14 -โรคความดันโลหิตสูง I10-I15 -ผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคอื่นๆ ตามความเห็นของแพทย์และบริบทของพื้นที่				
หน่วยบริการที่รับ การประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล				
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	1.ประเมินกระบวนการดำเนินงาน 2.หน่วยบริการส่งข้อมูลการให้บริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมารับบริการ รหัส 5 รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)) ไปยังระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center)				
แหล่งข้อมูล	1.การประเมินตนเอง 2.การนิเทศงาน 3.Health Data Center https://hdcservice.moph.go.th				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมารับบริการ “5 การบริการการแพทย์ทางไกลTelehealth/ Telemedicine”)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเป้าหมายในการให้บริการการแพทย์ทางไกลTelehealth/ Telemedicine (ครั้ง)				
	ลำดับ	โรงพยาบาล	จำนวนประชากรกลุ่มติด บ้าน ติดเตียงเบาหวานความดัน	เป้าหมายในการ ให้บริการ (ครั้ง) (B)	
	1	รพ.ระยอง	17,201	1,720	
	2	รพ.เฉลิมพระเกียรติฯ	4,066	400	
	3	รพ.บ้านฉาง	4,650	465	
	4	รพ.แกลง	11,957	1,195	
	5	รพ.วังจันทร์	2,578	255	
	6	รพ.บ้านค่าย	2,486	250	
	7	รพ.ปลวกแดง	4,884	485	
	8	รพ.เขาชะเมาฯ	1,349	130	
	9	รพ.นิคมพัฒนา	1,657	165	
			50,828	5,065	
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	ร้อยละการให้บริการการแพทย์ทางไกล (ผลงาน Tele med) = (A/B) x 100				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน		
			2564	2565	2566
	จำนวนการมารับบริการการแพทย์ทางไกล	ครั้ง	-	-	7667

ระยะเวลา ประเมินผล	3 เดือน / 5 เดือน / 6 เดือน / 9 เดือน / 10 เดือน / 12 เดือน	
วิธีการประเมิน	ประเมินกระบวนการและผลการให้บริการ	
	1. ประเมินกระบวนการ ประเมินตนเอง	
	2. ดูข้อมูลร้อยละการให้บริการการแพทย์ทางไกล จาก HDC	
	ขั้นตอน	กิจกรรม
	ขั้นตอนที่ 1	1.1 กระบวนการให้บริการมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ (0.5 คะแนน) 1.2 ปฏิบัติด้วยความรอบคอบภายใต้กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และ ทำการบันทึก RoPA (กิจกรรมการประมวลผลขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับ ข้อมูลส่วนบุคคล ตามมาตรา 39 พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562) (0.5 คะแนน)
	ขั้นตอนที่ 2	2.1 การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาจาก กองทุนต่างๆ ได้ตามสิทธิ์ (0.5 คะแนน) 2.2 การให้บริการการแพทย์ทางไกล เชื่อมโยงกับการส่งยาที่บ้านได้ (0.5 คะแนน)
ขั้นตอนที่ 3	3.1 อสม. มีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้กลไก 3 หมอ (0.5 คะแนน) 3.2 หน่วยบริการจัดให้มีการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ การแพทย์ทางไกล (0.5 คะแนน)	
ขั้นตอนที่ 4	ร้อยละการให้บริการการแพทย์ทางไกล (ผลงาน Tele med)	
ขั้นตอนที่ 5		

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 1-2	ขั้นที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-3 และผลงาน Tele med < ร้อยละ 20	ขั้นตอนที่ 1-3 และผลงาน Tele med \geq ร้อยละ 20
5 เดือน	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 1-2	ขั้นที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-3 และผลงาน Tele med < ร้อยละ 30	ขั้นตอนที่ 1-3 และผลงาน Tele med \geq ร้อยละ 30
6 เดือน	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 1-2	ขั้นที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-3 และผลงาน Tele med < ร้อยละ 40	ขั้นตอนที่ 1-3 และผลงาน Tele med \geq ร้อยละ 40
9 เดือน	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 1-2	ขั้นที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-3 และผลงาน Tele med < ร้อยละ 50	ขั้นตอนที่ 1-3 และผลงาน Tele med \geq ร้อยละ 50
10 เดือน	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 1-2	ขั้นที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-3 และผลงาน Tele med < ร้อยละ 75	ขั้นตอนที่ 1-3 และผลงาน Tele med \geq ร้อยละ 75
12 เดือน	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 1-2	ขั้นที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-3 และผลงาน Tele med < ร้อยละ 90	ขั้นตอนที่ 1-3 และผลงาน Tele med \geq ร้อยละ 90

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด						
เวลาประเมิน	การประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	จำนวน รพ.ที่ผ่านเกณฑ์ขั้นที่ 3	<3 แห่ง	3 แห่ง	5 แห่ง	7 แห่ง	9 แห่ง
5 เดือน	จำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกล (รวมจังหวัด)	<1,000	1,000	1,500	2,000	2,500
6 เดือน	จำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกล (รวมจังหวัด)	<1,500	1,500	2,000	2,500	3,000
9 เดือน	จำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกล (รวมจังหวัด)	<2,000	2,000	2,500	3,000	3,500
10 เดือน	จำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกล (รวมจังหวัด)	<2,000	2,000	2,500	3,000	3,500
12 เดือน	จำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกล (รวมจังหวัด)	<2,000	2,000	2,500	3,000	3,500
เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่.....3.....คะแนน รอบ 5 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่.....5.....คะแนน รอบ 6 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่.....5.....คะแนน รอบ 9 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่.....5.....คะแนน รอบ 10 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่.....5.....คะแนน รอบ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่.....5.....คะแนน					
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ ทุกรอบการประเมิน ประเมินผ่านเกณฑ์ ที่.....5.....คะแนน					
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1. นายภัทรวิทย์ จันทร์สว่าง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ : 081-940 3754 2. นายธีรุตม์ นววิธไพสิฐ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์ : 084-011 3065 กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 3. นางจุฑามาศ ยลศิริวัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ : 089-244 7339 กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 4. นายณพดล กาวีระ เกษัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์ : 088-293 0341 กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง					

แผนงาน	การพัฒนาาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ตัวชี้วัด	MOU_111 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT
คำนิยาม	<p>HAIT (Healthcare Accreditation Information Technology) หมายถึง คุณภาพสถานพยาบาลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล Hospital IT Quality Improvement Framework (HITQIF v2, Feb.2021) และฉบับเพิ่มเติม (HAIT plus)</p> <p>ยื่นขอรับรอง HAIT หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการกระบวนการยื่นขอรับรอง HAIT ตามขั้นตอน และได้รับการตรวจเยี่ยม หรือ ตรวจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้งภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ทุกระดับการขอรับรอง</p> <p>การดำเนินการยื่นขอรับรอง HAIT ตามขั้นตอนขอรับรองการตรวจเยี่ยม หรือ ขอรับรองการตรวจประเมินตามที่สมาคมเวชสารสนเทศไทย Thai Medical Informatics Association (TMI) กำหนด ดังต่อไปนี้</p> <p><u>ขั้นตอนขอรับรองการตรวจเยี่ยม</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลพร้อมรับการตรวจเยี่ยม ให้ติดต่อประสานมายังสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th โดยแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน ก่อนกำหนดการที่คาดว่าจะขอรับการตรวจเยี่ยมฯ 2. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI แจ้งกำหนดนัดหมายวันตรวจเยี่ยม พร้อมแจ้งรายชื่อผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI 3 ท่าน ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ 3. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI ส่งมอบแนวทางการนำเสนอการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ 4. โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารนำเสนอตามแนวทางการนำเสนอฯ แก่ทีมผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th และอีเมลที่ได้รับแจ้งจากผู้ประสานงานของสมาคม TMI ก่อนวันตรวจเยี่ยมอย่างน้อย 1-2 วัน 5. โรงพยาบาลเตรียมเอกสาร จำนวน 3 ชุด (Paper) ในวันตรวจเยี่ยม เพื่อประกอบการนำเสนอ และการตรวจสอบสำหรับทีมตรวจเยี่ยมสมาคม TMI 6. โรงพยาบาลได้รับการตรวจเยี่ยมจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI <p><u>ขั้นตอนขอรับรองการตรวจประเมิน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลพร้อมรับการตรวจประเมิน ให้ติดต่อประสานมายังสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th โดยแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน ก่อนกำหนดการที่คาดว่าจะขอรับการตรวจประเมินฯ 2. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI แจ้งกำหนดนัดหมายวันตรวจประเมิน พร้อมแจ้งรายชื่อผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI 3 ท่าน ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ 3. สมาคม TMI ส่งมอบแนวทางการนำเสนอการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ 4. โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารนำเสนอตามแนวทางการนำเสนอฯ แก่ทีมผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th และอีเมลที่ได้รับแจ้งจากผู้ประสานงานของสมาคม TMI ก่อนวันตรวจประเมินอย่างน้อย 1-2 วัน

	<p>5. โรงพยาบาลเตรียมเอกสาร จำนวน 3 ชุด (Paper) ในวันตรวจประเมิน เพื่อประกอบการนำเสนอ และการตรวจสอบสำหรับทีมตรวจประเมิน</p> <p>6. โรงพยาบาลได้รับการตรวจประเมินจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI</p>																
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 5																
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ประสานสมาคม TMI รวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานในระดับภาพรวมจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ</p> <p>2. โรงพยาบาลรวบรวมเอกสาร เช่น แผนพัฒนาโครงสร้างเพื่อรองรับมาตรฐาน หนังสือยื่นขอประเมิน HAIT ผลการประเมินตนเอง และรายงานผลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง</p>																
แหล่งข้อมูล	<p>1. สมาคมเวชสารสนเทศไทย Thai Medical Informatics Association (TMI)</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง รวบรวมผลการดำเนินงานทาง Google Sheet</p>																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัดเริ่มใช้ปีแรก																
ระยะเวลาประเมินผล	3 เดือน / 5 เดือน / 6 เดือน / 9 เดือน / 10 เดือน / 12 เดือน																
วิธีการประเมิน	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ตรวจสอบรายชื่อโรงพยาบาลที่ได้รับการเยี่ยมหรือได้รับการตรวจประเมินจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI ที่เว็บไซต์ https://ict.moph.go.th</p> <p>2. โรงพยาบาลรายงานระดับผลการดำเนินการทาง Google Sheet</p> <p>3. ระดับความสำเร็จ 5 ระดับ</p> <table border="1" data-bbox="375 1160 1426 1458"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>ความสำเร็จ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประกาศนโยบายผลักดัน HAIT</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>มีการประชุมคณะทำงานและมีแผนพัฒนาเพื่อรองรับการประเมิน HAIT</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>มีผลการประเมิน HAIT ด้วยตนเอง</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>มีเอกสารยื่นขอตรวจประเมินจากสมาคม TMI</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>สมาคม TMI เข้าตรวจประเมิน</td> </tr> </tbody> </table>					ระดับ	ความสำเร็จ	1	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประกาศนโยบายผลักดัน HAIT	2	มีการประชุมคณะทำงานและมีแผนพัฒนาเพื่อรองรับการประเมิน HAIT	3	มีผลการประเมิน HAIT ด้วยตนเอง	4	มีเอกสารยื่นขอตรวจประเมินจากสมาคม TMI	5	สมาคม TMI เข้าตรวจประเมิน
ระดับ	ความสำเร็จ																
1	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประกาศนโยบายผลักดัน HAIT																
2	มีการประชุมคณะทำงานและมีแผนพัฒนาเพื่อรองรับการประเมิน HAIT																
3	มีผลการประเมิน HAIT ด้วยตนเอง																
4	มีเอกสารยื่นขอตรวจประเมินจากสมาคม TMI																
5	สมาคม TMI เข้าตรวจประเมิน																
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน																	
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน												
3 เดือน	-	-	-	-	ระดับ 1												
5 เดือน	-	-	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3												
6 เดือน	-	-	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3												
9 เดือน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5												
10 เดือน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5												
12 เดือน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5												

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด					
ประเมิน ร้อยละของโรงพยาบาล					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 1 น้อย กว่า 6 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 1 จำนวน 6 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 1 จำนวน 7 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 1 จำนวน 8 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 1 จำนวน 9 แห่ง
5 เดือน	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 3 น้อย กว่า 4 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 3 จำนวน 4 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 3 จำนวน 5 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 3 จำนวน 6 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 3 จำนวน 7 แห่ง
6 เดือน	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 3 น้อย กว่า 4 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 3 จำนวน 4 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 3 จำนวน 5 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 3 จำนวน 6 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 3 จำนวน 7 แห่ง
9 เดือน	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 3 จำนวน 7 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 4 จำนวน 1 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 4 จำนวน 2 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 4 จำนวน 3 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 4 จำนวน 4 แห่ง
10 เดือน	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 4 จำนวน 1 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 4 จำนวน 2 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 4 จำนวน 3 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 4 จำนวน 4 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 5 จำนวน 1 แห่ง
12 เดือน	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 4 จำนวน 1 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 4 จำนวน 2 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 4 จำนวน 3 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 4 จำนวน 4 แห่ง	รพ.ที่อยู่เกณฑ์ ระดับ 5 จำนวน 1 แห่ง
เกณฑ์การ ประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินแต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 3 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่ระดับ 1 (5 คะแนน) รอบ 5 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่ระดับ 3 (5 คะแนน) รอบ 6 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่ระดับ 3 (5 คะแนน) รอบ 9 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่ระดับ 5 (5 คะแนน) รอบ 10 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่ระดับ 5 (5 คะแนน) รอบ 12 เดือน ผ่านเกณฑ์ ที่ระดับ 5 (5 คะแนน)				
การสรุปผลรวม ในภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินภาพรวมจังหวัด ดังนี้ ผ่านเกณฑ์ที่ 5 คะแนน ทุกรอบการประเมิน				
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	1.นายสมภพ บุญเจริญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-294-2990 E-mail: zompop@hotmail.com กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง				

แผนงานที่	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ										
โครงการที่	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ จังหวัดระยอง										
ตัวชี้วัด	MOU_112 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6 - 7										
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน</p> <p>อัตราส่วนทางการเงิน ที่ใช้ในการคำนวณวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk scoring) ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หาดด้วยหนี้สินหมุนเวียน 2.อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หัก สินค้าคงเหลือและสินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน 3.อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio) = (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน 4.ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หัก หนี้สินหมุนเวียน 5.(Net Income : NI) = รวมรายได้ หัก รวมค่าใช้จ่าย <p>อัตราส่วนทางการเงินทั้ง 5 รายการ ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการโดยกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมินโดยมีค่ากลางของแต่ละหน่วยบริการมาเปรียบเทียบกับค่ากลางของอุตสาหกรรม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มแสดงสภาพคล่องตามสภาพสินทรัพย์ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 CR < 1.5 1.2 QR < 1.0 1.3 Cash < 0.8 2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน <ol style="list-style-type: none"> 2.1 แสดงฐานะทางการเงิน ทุนหมุนเวียน (NWC) < 0 2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ)(กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคา และค่าตัดจำหน่าย Net Income NI) NI < 0 3.กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง <ol style="list-style-type: none"> 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน* 3.2 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 6 เดือน <p>*โดยให้น้ำหนักของ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน มากกว่า ตัวแปรอื่น 2 เท่า</p> <p>การจัดกลุ่มหน่วยบริการ ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน 7 ระดับ ดังนี้</p> <table> <tr> <td>ระดับ 0-1</td> <td>ปกติ</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 2</td> <td>คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 3</td> <td>คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 4</td> <td>คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 5</td> <td>คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน</td> </tr> </table>	ระดับ 0-1	ปกติ	ระดับ 2	คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน	ระดับ 3	คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน	ระดับ 4	คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน	ระดับ 5	คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน
ระดับ 0-1	ปกติ										
ระดับ 2	คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน										
ระดับ 3	คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน										
ระดับ 4	คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน										
ระดับ 5	คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน										

	<p>ระดับ 6 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน</p> <p>ระดับ 7 มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง</p> <p>การประเมินหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ระดับ 7 ซึ่งมีภาวะวิกฤตทางการเงิน ขั้นรุนแรงและระดับ 6 ที่คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน</p> <p>ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่มีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยแก้ไขปัญหามาตรึงทางการเงินที่เกิดขึ้นได้</p>																				
เกณฑ์เป้าหมาย:	ปีงบประมาณ 2567 ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4																				
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง 2. เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ 																				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง																				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส																				
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																				
รายการข้อมูล	<p>A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7</p> <p>B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะ วิกฤตทางการเงิน ระดับ 6</p> <p>C = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 9 แห่ง</p>																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 $(A / C) \times 100$ 2. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6 $(B / C) \times 100$ 																				
ระยะเวลาประเมินผล	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบการประเมิน</th> <th>ใช้ข้อมูลระดับวิกฤต</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 เดือน</td> <td>เดือน ธันวาคม 2566</td> </tr> <tr> <td>5 เดือน</td> <td>เดือน กุมภาพันธ์ 2567</td> </tr> <tr> <td>6 เดือน</td> <td>เดือน มีนาคม 2567</td> </tr> <tr> <td>9 เดือน</td> <td>เดือน มิถุนายน 2567</td> </tr> <tr> <td>10 เดือน</td> <td>เดือน กรกฎาคม 2567</td> </tr> <tr> <td>12 เดือน</td> <td>เดือน กันยายน 2567</td> </tr> </tbody> </table>	รอบการประเมิน	ใช้ข้อมูลระดับวิกฤต	3 เดือน	เดือน ธันวาคม 2566	5 เดือน	เดือน กุมภาพันธ์ 2567	6 เดือน	เดือน มีนาคม 2567	9 เดือน	เดือน มิถุนายน 2567	10 เดือน	เดือน กรกฎาคม 2567	12 เดือน	เดือน กันยายน 2567						
รอบการประเมิน	ใช้ข้อมูลระดับวิกฤต																				
3 เดือน	เดือน ธันวาคม 2566																				
5 เดือน	เดือน กุมภาพันธ์ 2567																				
6 เดือน	เดือน มีนาคม 2567																				
9 เดือน	เดือน มิถุนายน 2567																				
10 เดือน	เดือน กรกฎาคม 2567																				
12 เดือน	เดือน กันยายน 2567																				
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2567	<p>เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หัวข้อ</th> <th colspan="5">ระดับคะแนน</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>วิกฤต 7 ระดับ</td> <td>7</td> <td>6</td> <td>4-5</td> <td>2-3</td> <td>0-1</td> </tr> </tbody> </table>				หัวข้อ	ระดับคะแนน					1	2	3	4	5	วิกฤต 7 ระดับ	7	6	4-5	2-3	0-1
หัวข้อ	ระดับคะแนน																				
	1	2	3	4	5																
วิกฤต 7 ระดับ	7	6	4-5	2-3	0-1																
การสรุปภาพรวมในจังหวัด	<p>ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ร้อยละ ≤ 2</p> <p>ระดับ 6 ร้อยละ ≤ 4</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>3เดือน</th> <th>6 เดือน</th> <th>9 เดือน</th> <th>12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 7 ร้อยละ ≤ 0</td> <td>ระดับ 7 ร้อยละ ≤ 0</td> <td>ระดับ 7 ร้อยละ ≤ 1</td> <td>ระดับ 7 ร้อยละ ≤ 2</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 6 ร้อยละ ≤ 0</td> <td>ระดับ 6 ร้อยละ ≤ 0</td> <td>ระดับ 6 ร้อยละ ≤ 2</td> <td>ระดับ 6 ร้อยละ ≤ 4</td> </tr> </tbody> </table>				3เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	ระดับ 7 ร้อยละ ≤ 0	ระดับ 7 ร้อยละ ≤ 0	ระดับ 7 ร้อยละ ≤ 1	ระดับ 7 ร้อยละ ≤ 2	ระดับ 6 ร้อยละ ≤ 0	ระดับ 6 ร้อยละ ≤ 0	ระดับ 6 ร้อยละ ≤ 2	ระดับ 6 ร้อยละ ≤ 4					
3เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน																		
ระดับ 7 ร้อยละ ≤ 0	ระดับ 7 ร้อยละ ≤ 0	ระดับ 7 ร้อยละ ≤ 1	ระดับ 7 ร้อยละ ≤ 2																		
ระดับ 6 ร้อยละ ≤ 0	ระดับ 6 ร้อยละ ≤ 0	ระดับ 6 ร้อยละ ≤ 2	ระดับ 6 ร้อยละ ≤ 4																		

วิธีการประเมินผล	- วัด/วิเคราะห์ผลลัพธ์จากรายงานสถานะทางการเงินแต่ละหน่วยบริการ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2564	2565	2566
	ร้อยละของหน่วยบริการที่ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	ร้อยละ			
	-ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2		ร้อยละ 0	ร้อยละ 0	ร้อยละ 0
	-ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4		ร้อยละ 0	ร้อยละ 0	ร้อยละ 0
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	<p>1. นางวิมล ปฏิพัทธ์พงศ์ ตำแหน่งเจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน โทร 064-3241955</p> <p>2. นางอังคณา เสียงอ่อน ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ โทร 088-8067731</p> <p>กลุ่มงานประกันสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์ 0 3861 3430 ต่อ 2101 /โทรสาร 0 3862 0 มือถือ 08 6842 9444</p> <p>E-mail : rayonghso@gmail.com</p>				

แผนงานที่	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ																						
โครงการที่	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง																						
ตัวชี้วัด	MOU_113 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (ระดับดี ดีมาก)																						
คำนิยาม	<p>ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ หมายถึง หน่วยจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการ ซึ่งทำหน้าที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข อันจะส่งผลให้หน่วยบริการมีความมั่นคงทางการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย 4S และ 4C ดังนี้</p> <p>4 S</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โครงสร้าง (Structure) มีศูนย์จัดเก็บรายได้ตามโครงสร้างที่กำหนด 2. ระบบงาน (System) มีระบบเรียกเก็บทุกกองทุนที่มีประสิทธิภาพ 3. บุคลากร (Staff) บุคลากรมีจำนวนเพียงพอและมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน 4. ทักษะ (Skill) บุคลากรได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ <p>4 C</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รูปแบบบริการ (Care) มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษาพยาบาลครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน 2. การบันทึกรหัสโรค (Code) มีการบันทึกรหัสการรักษาพยาบาลครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน 3. การเบิกจ่าย (Claim) มีการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพ 4. การบันทึกบัญชี (Account) มีการส่งข้อมูลการเบิกจ่ายให้กับหน่วยงานทันเวลาตามที่กำหนด <p>โดยเกณฑ์การประเมิน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คะแนนเต็ม 100 คะแนน (รายละเอียดตามแบบประเมินที่ส่วนกลางกำหนด)</p> <table border="1" data-bbox="432 1108 1428 1406"> <thead> <tr> <th>GRADE</th> <th>ระดับ</th> <th>ช่วงคะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>ดีมาก</td> <td>91-100</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>ดี</td> <td>81-90</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>ปานกลาง</td> <td>61-80</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>พอใช้</td> <td>51-60</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>ปรับปรุง</td> <td>≤50</td> </tr> </tbody> </table>					GRADE	ระดับ	ช่วงคะแนน	A	ดีมาก	91-100	B	ดี	81-90	C	ปานกลาง	61-80	D	พอใช้	51-60	F	ปรับปรุง	≤50
GRADE	ระดับ	ช่วงคะแนน																					
A	ดีมาก	91-100																					
B	ดี	81-90																					
C	ปานกลาง	61-80																					
D	พอใช้	51-60																					
F	ปรับปรุง	≤50																					
เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (ระดับดี ดีมาก)																						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง รวมทั้งสิ้น 9 แห่ง																						
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง																						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ รายไตรมาสของหน่วยบริการ																						
แหล่งข้อมูล	แบบประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพของหน่วยบริการ																						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																				
			2564	2565	2566																		
	หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ (100%)	ร้อยละ	-	100	100																		

ระยะเวลา ประเมินผล	<table border="1"> <tr> <td>รอบการประเมิน</td> <td colspan="4">เดือน</td> </tr> <tr> <td>5 เดือน</td> <td colspan="4">กุมภาพันธ์ 2567</td> </tr> <tr> <td>10 เดือน</td> <td colspan="4">กรกฎาคม 2567</td> </tr> </table>					รอบการประเมิน	เดือน				5 เดือน	กุมภาพันธ์ 2567				10 เดือน	กรกฎาคม 2567				
	รอบการประเมิน	เดือน																			
	5 เดือน	กุมภาพันธ์ 2567																			
10 เดือน	กรกฎาคม 2567																				
วิธีการประเมิน	5 เดือน วัดผลลัพธ์จากแบบประเมินตนเอง 10 เดือน วัดผลลัพธ์จากแบบประเมินโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด																				
เกณฑ์การประเมิน	5 เดือน, 10 เดือน																				
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <tr> <th rowspan="3">ระดับการ ประเมิน (GRADE)</th> <th colspan="5">ระดับคะแนน</th> </tr> <tr> <th>F</th> <th>D</th> <th>C</th> <th>B</th> <th>A</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </table>					ระดับการ ประเมิน (GRADE)	ระดับคะแนน					F	D	C	B	A	1	2	3	4	5
ระดับการ ประเมิน (GRADE)	ระดับคะแนน																				
	F	D	C	B	A																
	1	2	3	4	5																
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ระดับ (GRADE) การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ																				
การสรุปภาพรวมใน ภาพจังหวัด	ร้อยละหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (ระดับดี ดีมาก)																				
	<table border="1"> <tr> <td>5 เดือน</td> <td>10 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 75</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table>					5 เดือน	10 เดือน	ร้อยละ 75	ร้อยละ 90												
5 เดือน	10 เดือน																				
ร้อยละ 75	ร้อยละ 90																				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	<p>1. นางจุฑามาศ ยลศิริวัฒน์ ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3896 7415-7 ต่อ 2101 โทรศัพท์มือถือ : 08 9244 7339 โทรสาร : 0 3862 0532 E-mail : rayonghso@gmail.com</p> <p>2. นางวิมล ปฏิพัทธ์พงศ์ ตำแหน่งเจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3896 7415-7 ต่อ 2101 โทรศัพท์มือถือ : 06 4324 1955 โทรสาร : 0 3862 0532 E-mail : rayonghso@gmail.com</p>																				

แผนงานที่	การพัฒนาองค์กรคุณภาพ					
โครงการ	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ					
ตัวชี้วัด	MOU_114 ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณ (งบดำเนินงาน)					
คำนิยาม	งบประมาณ สป. หมายถึง งบดำเนินงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่กลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองจัดสรรให้โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ใช้ในการดำเนินงาน ปี 2567					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง					
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การนิเทศงาน/ จำนวนเงินตามเอกสารที่หน่วยงานส่งมาเบิกเงิน					
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการติดตามการเบิกจ่ายงบประมาณ (Plan) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง					
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนงบประมาณ สป. (งบดำเนินงาน) ที่หน่วยงานส่งเอกสารเบิกจริง					
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนงบประมาณสป. (งบดำเนินงาน) ที่หน่วยงานได้รับจัดสรรในช่วงระยะเวลาประเมิน					
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
				ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
	ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณ (งบดำเนินงาน)		ร้อยละ	ร้อยละ 97.20	ร้อยละ 99.18	ร้อยละ 88.94
ระยะเวลาประเมินผล	การประเมินผลการดำเนินงานรอบ 3, 5, 6, 9, 10 และ 12 เดือน					
วิธีการประเมิน	ข้อ 1. มีการติดตามการเบิกจ่ายงบประมาณ สป. (งบดำเนินงาน) ข้อ 2. มีการรายงานให้ผู้บริหารได้รับทราบผลการเบิกจ่ายงบประมาณ สป. (งบดำเนินงาน) ข้อ 3. ร้อยละของการเบิกจ่ายงบประมาณ สป. (งบดำเนินงาน)					
เกณฑ์การประเมิน	3 เดือน	5 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	10 เดือน	12 เดือน
	ดำเนินงาน ข้อ 1-2	ร้อยละ 50	ร้อยละ 57	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 100
	หมายเหตุ : ร้อยละของการเบิกจ่ายงบประมาณ สป. จะประเมินรอบ 5, 6, 9, 10, 12 เดือน					
เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน						
คะแนน	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	ไม่มีข้อ 1 และ 2	-	-	-	มีข้อ 1 หรือ 2	มีข้อ 1 และ 2
5 เดือน		<35	35	40	45	≥ 50
6 เดือน		<40	40	45	50	≥ 57

คะแนน	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
9 เดือน		<65	65	70	75	≥ 80
10 เดือน		<70	70	75	80	≥ 85
12 เดือน		<85	85	90	95	100

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ (5 คะแนน) ร้อยละ <50	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ (5 คะแนน) 50	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ (5 คะแนน) 60	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ (5 คะแนน) 70	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ (5 คะแนน) ≥ 80
5 เดือน	การเบิกจ่ายรวม <ร้อยละ 35	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 35	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 40	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 45	การเบิกจ่ายรวม ≥ ร้อยละ 50
6 เดือน	การเบิกจ่ายรวม <ร้อยละ 40	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 40	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 45	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 50	การเบิกจ่ายรวม ≥ ร้อยละ 57
9 เดือน	การเบิกจ่ายรวม <ร้อยละ 65	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 65	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 70	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 75	การเบิกจ่ายรวม ≥ ร้อยละ 80
10 เดือน	การเบิกจ่ายรวม <ร้อยละ 70	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 70	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 75	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 80	การเบิกจ่ายรวม ≥ ร้อยละ 85
12 เดือน	การเบิกจ่ายรวม <ร้อยละ 85	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 85	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 90	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 95	การเบิกจ่ายรวม ร้อยละ 100

เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน	ทุกรอบการประเมิน : หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินที่ 5 คะแนน
การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด	ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณผ่านเกณฑ์ทุกรอบการประเมินที่ 5 คะแนน
หมายเหตุ	-
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1. นางสาวปุกนิภา ศรีติมงคล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ 2. นางสาวดวงพร บุญสม นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โทร 038-967415-7 E-mail: planrayong21000@gmail.com

แผนงานที่	การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ				
โครงการ	โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์				
ตัวชี้วัด	MOU_115 จำนวนผลงานวิจัย/ R2R ด้านสุขภาพของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง				
คำนิยาม	<p>- ผลงานวิจัย/ R2R ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/ การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการศึกษา/พัฒนา ในรูปแบบของงานวิจัย หรือ R2R รวมทั้งนวัตกรรม CQI และ Best Practice โดยดำเนินการศึกษาจนครบกระบวนการขั้นตอนที่วางแผนไว้ และสามารถนำเสนอในการประชุมวิชาการสาธารณสุขระดับจังหวัด หรือเวทีวิชาการอื่นๆ ที่จังหวัดจัดขึ้น</p> <p>- งานวิจัย เป็นการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบ ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ หรือวิธีการที่เชื่อถือได้ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัย KM เป็นการนำความรู้สู่การปฏิบัติ</p> <p>- R2R คือการพัฒนางานประจำสำนักงานวิจัย ใช้ระเบียบวิธีวิจัย โดยมาจากปัญหาในหน่วยงาน/แก้ปัญหาจากงานประจำ เป้าหมายคือผลงานวิจัยเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนางานประจำนั้นๆ</p> <p>- CQI คือการทำงานและพัฒนาต่อไปเรื่อยๆ เป็นลักษณะปรับปรุงให้ดีขึ้น ไม่ต้องใช้ระเบียบวิธีวิจัย ก็ได้ โดยใช้แนวคิด Plan-Do-Check-Act (PDCA) คำถามพื้นฐาน 3 ข้อ ได้แก่ 1) ตั้งเป้า (Set aim) อะไรคือสิ่งที่เราพยายามจะทำให้เสร็จ 2) เผ่าดู (establish measure) ใช้ตัวชี้วัดใดบอกว่าผลดีขึ้น 3) ปรับเปลี่ยน(develop changes) การเปลี่ยนแปลงใดบ้างที่จะทำให้คุณภาพดีขึ้น</p> <p>- Best Practice หมายถึง โครงการ/ กิจกรรม/ กระบวนการปฏิบัติงานที่เกิดจากการใช้ความรู้ในการสร้างสรรค์ เพื่อการแก้ไขปัญหา หรือพัฒนางานจนบรรลุตามเป้าหมายของงานที่คาดหวัง เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ที่ดี ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชน ภาคีเครือข่าย รวมถึงเป้าหมายสำคัญ/ นโยบายองค์กร โดยมีกรอบแบบระบบในการแก้ไข พัฒนางาน ในกรอบของวงจรคุณภาพ ตั้งแต่การวางแผน การออกแบบขั้นตอน/ กระบวนการปฏิบัติ การตรวจสอบประเมินผล การสรุปบทเรียน การปรับปรุงพัฒนา และการเชื่อมโยงกับภาพรวมองค์กร เช่น การใช้ทฤษฎี PDCA เป็นต้น</p> <p>- หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง หมายถึง โรงพยาบาลทุกแห่ง รวม 9 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งรวม 8 แห่ง ในจังหวัดระยอง</p> <p>- ผลงานวิจัย/ R2R ด้านสุขภาพ เสร็จสมบูรณ์ หมายถึง มีเนื้อหาครบถ้วนตามหลักการจัดทำผลงาน และส่งผลงานพร้อมไฟล์ให้ สสจ.ระยอง ครบถ้วน ตามระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>- ผ่านการนำเสนอเวทีวิชาการ หมายถึง ผลงานวิจัย/ R2R ดังกล่าวได้ผ่านการนำเสนอเวทีวิชาการระดับใด ก็ได้ อาทิ ภายในหน่วยงาน/ ระดับพื้นที่/ อำเภอ/ จังหวัด/ เขต/ ประเทศ/ฯ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	จำนวนผลงานวิจัย/ R2R ด้านสุขภาพ อย่างน้อย หน่วยงานละ 1 เรื่อง (รวม 17 เรื่อง)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ./ สสอ. ทุกแห่ง				
หน่วยบริการที่รับการประเมิน	รพ. / สสอ. ทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตามแบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน				
แหล่งข้อมูล	รพ. / สสอ. ทุกแห่ง				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2564	2565	2566
	จำนวนผลงานวิจัย/ R2R ด้านสุขภาพ อย่างน้อย หน่วยงานละ 1 เรื่อง	จำนวนเรื่อง	ไม่มีการนำเสนอ ผลงานเนื่องจาก สถานการณ์โควิด-19	13 เรื่อง	17 เรื่อง
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 5, 10, 12 เดือน				
วิธีการประเมิน	จากรายงานผลการดำเนินงานและนิเทศงาน โดยวัดผลลัพธ์				

เกณฑ์การประเมิน	5 เดือน	10 เดือน	12 เดือน		
	มีโครงร่าง 3 บท และ เครื่องมือ	มีผลงานวิจัย 1 เรื่อง	ผ่านการนำเสนอเวที วิชาการ		
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน : วัดจากเกณฑ์การประเมิน แต่ละไตรมาส โดยผ่านเกณฑ์ที่ระดับ 5 คะแนน					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	มีชื่อเรื่องและ วัตถุประสงค์	มีวิธีดำเนินการ และกลุ่มเป้าหมาย	มีโครงร่าง 3 บท	มีเครื่องมือ	มีโครงร่าง 3 บท และเครื่องมือ
10 เดือน	มีโครงร่าง 3 บท	มีโครงร่าง 3 บท และเครื่องมือ	อยู่ในช่วง เก็บข้อมูล	อยู่ในช่วงวิเคราะห์ และแปลผลข้อมูล	มีผลงานวิจัย 1 เรื่อง
12 เดือน	มีโครงร่าง 3 บท และเครื่องมือ	อยู่ในช่วง เก็บข้อมูล	อยู่ในช่วงวิเคราะห์ และแปลผลข้อมูล	มีผลงานวิจัย 1 เรื่อง	ผ่านการนำเสนอ เวทีวิชาการ
เกณฑ์การให้คะแนน ภาพรวมจังหวัด :					
คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
5 เดือน	1-4 แห่ง	5-6 แห่ง	7-8 แห่ง	9-10 แห่ง	> 10 แห่ง
10 เดือน	1-4 แห่ง	5-6 แห่ง	7-8 แห่ง	9-10 แห่ง	> 10 แห่ง
12 เดือน	1-4 แห่ง	5-6 แห่ง	7-8 แห่ง	9-10 แห่ง	> 10 แห่ง
เกณฑ์การประเมิน ภาพรวมของแต่ละ หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ละหน่วยงาน ดังนี้ รอบ 5, 10 เดือน ได้ 1 - 4 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่าน ได้ 5 คะแนน หมายถึง ผ่าน รอบ 12 เดือน ได้ 1 - 3 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่าน ได้ 4-5 คะแนน หมายถึง ผ่าน				
การสรุปผลรวมใน ภาพจังหวัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ภาพรวมจังหวัด ดังนี้ ได้ 1 - 4 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่าน ได้ 5 คะแนน หมายถึง ผ่าน				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ดร.สุภาวดี โกมลกาญจนกุล ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 0 3861 3430 ต่อ 4101 E-mail: tid2547@gmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง				



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
กระทรวงสาธารณสุข

2
5
6
7